LOGO DE LA COMPAGNIE

 ***ASSIGNATION TEMPORAIRE D’UN TRAVAIL***

|  |  |
| --- | --- |
| **À L’USAGE DE L’EMPLOYEUR** |  |
| Nom du travailleur :  | Métier : |
| Entreprise :  | No. d’assurance maladie :  |
| Médecin désigné de l’entreprise : Dr. Bruno Mastropasqua (86456) | Date d’événement :  |

|  |  |
| --- | --- |
| **À L’USAGE DU MÉDECIN TRAITANT** |  |
| Diagnostic(s) : Traitement (s) :  |
| **ÉVALUATION DU MÉDECIN TRAITANT**Après avoir évalué médicalement la personne nommée plus haut, je considère qu’ :❑ Elle peut retourner à sa tâche ou fonction régulière❑ Elle peut reprendre sa tâche ou fonction régulière avec légères restrictions :❑ Éviter de travailler en position debout ❑ Éviter de travailler en position accroupie❑ Éviter les torsions ou rotations répétées ❑ Éviter les mouvements répétitifs d’amplitudes de la colonne❑ Éviter de marcher sur de longues distances ❑ Éviter de porter, pousser, tirer ou soulever des charges de plus de kg❑ Éviter de travailler dans des échelles ou ❑ Autres (précisez ci-dessous)de monter fréquemment des escaliers Ces restrictions sont temporaires jusqu’au (date) : ❑ Elle ne peut retourner à sa tâche ou fonction régulière mais peut être assignée temporairement à un travail adapté tel que proposé ci-dessous avec la ou les limitations proposée(s) ci-dessus :❑ Travail de bureau (clérical) ❑ Entretien ménager léger ❑ Petits travaux de manutention❑ Supervision, surveillance ❑ Inventaire, magasinier ❑ Travaux légers de journalier❑ Formation, informatique ❑ Répondre au téléphone ❑ Commissionnaire❑ Aide générale (assistance)❑ Autres (description des tâches) :   ❑ Elle doit être retirée du travail immédiatement, et ceci, selon les modalités de l’attestation médicale ci-jointe; et je consens à ce que l’on communique avec moi pour valider le motif de mon refus de l’assignation temporaire proposée. |
| 1. Est-ce que le travailleur ou la travailleuse est raisonnablement en mesure d’accomplir ce travail? ❑ Oui ❑ Non
2. Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique compte tenu de sa lésion? ❑ Oui ❑ Non
3. Ce travail est-il favorable à sa réadaptation? ❑ Oui ❑ Non
 |
| **Date de la prochaine visite :** |
| **Nom du médecin (en lettres moulées) :** | **Téléphone :** | **Télécopieur :** |
| **Signature du médecin :** **Date :**  |

En vertu de l’article 179 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)* (voir texte ci-dessous)

|  |
| --- |
| L’employeur d’un travailleur victime d’une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu’il redevienne capable d’exercer son emploi ou devienne capable d’exercer un emploi convenable, même si la lésion n’est pas consolidée, si le médecin qui a charge du travailleur croit que le travailleur est raisonnablement en mesure d’accomplir ce travail qui est favorable à sa réadaptation et que ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l’intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion. |

***\*\* Compléter le formulaire d’assignation temporaire est un acte rémunéré par la RAMQ sous le code #9971.***

***Ce formulaire remplace celui de la CSST***