

Autorisation de divulguer des renseignements médicaux (exemple)

Par la présente, j'autorise mon médecin traitant à fournir l'information suivante à l'agent ou l'agente des Ressources humaines qui s'occupe de mon dossier :

- une confirmation que j'ai une blessure ou un trouble médical qui m'empêche d'exercer mes fonctions en tout ou en partie;
- une opinion sur la possibilité d'un retour au travail et, le cas échéant, une date suggérée de retour;
- si cela s'applique, une recommandation de mesures d'adaptation à prendre quant à mes fonctions ou à mon milieu de travail pour me permettre de retourner au travail de manière sécuritaire.

À NOTER : Vous n'êtes pas tenu de fournir un diagnostic; la divulgation de tout renseignement médical se limite à répondre au questionnaire médical ci-joint et à clarifier vos réponses.

Je comprends qu'on me remettra une copie du questionnaire médical une fois rempli.

Nom

Date

Évaluation médicale de l'aptitude au travail

Ce formulaire a pour but de fournir à un employeur les renseignements médicaux nécessaires sur une personne salariée afin qu'il puisse déterminer s'il y a lieu de lui offrir des mesures d'adaptation, de lui accorder un congé d'invalidité ou d'assurer son retour au travail.

Ne divulguez que les renseignements demandés. Généralement, il n'est pas nécessaire de préciser le diagnostic ou le traitement.

Nom et adresse du médecin : _____

J'ai reçu _____ (nom du patient) le _____ (date).

Date de la blessure, de la maladie ou de l'invalidité : _____

Ce patient est, d'un point de vue médical, apte au travail, avec limitations ou restrictions, à partir du _____ (date).

Restrictions ou limitations (voir page 2 pour les détails)

À mon avis, ces restrictions ou limitations sont :

- Temporaires : _____ jours de 4 à 6 semaines
 moins de 2 semaines de 6 semaines à 3 mois
 de 2 à 4 semaines plus de 3 mois
- Permanentes : Date du prochain rendez-vous _____

Mon avis repose sur :

- l'information fournie par le patient
 mon examen du patient et mon évaluation des résultats et de l'information médicale recueillie

J'ai fourni ce formulaire au patient dont le nom est indiqué ci-dessus.

Signature du médecin

Date

UVAE-SEAC

National Local Presidents' Conference / La Conférence nationale des Présidentes et des Présidents des sections locales

June 1, 2019

Restrictions ou limitations fonctionnelles précises

Nom du patient : _____

DÉFINITIONS

- **Restriction** : On recommande au patient de s'abstenir totalement de faire l'activité visée.
- **Limitation** : Le patient est capable de faire l'activité visée, mais à un rythme réduit. Le patient ne peut pas poursuivre cette activité à son rythme habituel, avec les efforts usuels, aussi souvent qu'avant ou pendant la même durée qu'avant.

Ne cochez * que les éléments qui s'appliquent dans la section A et réservez les détails pour la section B.

SECTION A

CAPACITÉS PHYSIQUES	Restriction	Limitation	CAPACITÉS MENTALES	Restriction	Limitation
Rester assis			penser et raisonner		
Se tenir debout			Se concentrer		
Marcher			Utiliser sa mémoire		
Soulever des charges			Prendre des décisions		
Porter des charges			Entretenir des relations interpersonnelles		
pousser et tirer			Vivacité d'esprit		
Monter des escaliers			Autres (expliquez à la section B)		
Monter à des échelles			SUR LE PLAN ENVIRONNEMENTAL		
Monter sur un échafaudage			s'exposer à la chaleur et au froid		

UVAE-SEAC

National Local Presidents' Conference / La Conférence nationale des Présidentes et des Présidents des sections locales

June 1, 2019

S'accroupir			S'exposer à la poussière, à la fumée et aux odeurs		
Ramper			S'exposer aux produits chimiques		
S'agenouiller			Travailler avec de la nourriture		
se pencher, se retourner sur soi-même			Autres (expliquez à la section B)		
S'adonner à des activités répétitives			AUTRES		
Garder longtemps la même posture			Faire des quarts de travail (durée)		
Serrer des objets			Faire des quarts de travail consécutifs		
Atteindre des objets haut placés			Travailler par quarts		
dextérité fine			les heures supplémentaires;		
équilibre			Conduire un véhicule		
voir, écouter, parler			Utiliser de l'équipement		
Autres (expliquez à la section B)			Travailler en hauteur		
			Autres (expliquez à la section B)		

Le patient requiert-il des aides médicales, comme des attelles ou des appareils orthopédiques, ou de l'équipement de protection personnelle, comme des gants ou un masque?

Non

Oui (expliquez à la section B)

UVAE-SEAC

National Local Presidents' Conference / La Conférence nationale des Présidentes et des Présidents des sections locales

June 1, 2019

SECTION B

Veillez fournir tous les détails requis au sujet des restrictions et des limitations que vous avez précisées. Il n'est pas nécessaire de fournir un diagnostic ou de l'information sur le traitement du patient.

J'ai fourni ce formulaire au patient dont le nom est indiqué ci-dessus.

Signature du médecin

Date