



RH-19.2 : Programme de soutien à l'invalidité (PSI)

**EN VIGUEUR : 2026-05-26
RÉVISÉE LE :**

OBJET

La présente directive administrative est mise en œuvre conformément à la métadirective ADM-01 : *Élaboration, révision et adoption d'une directive administrative* et découle de la limite opérationnelle de la direction de l'éducation 3.4 portant sur le traitement du personnel et des bénévoles. À ce titre, elle fait l'objet d'un rapport annuel de monitoring.

Le Programme de soutien à l'invalidité (PSI) encadre la gestion des situations d'invalidité résultant d'une maladie ou d'une blessure. Il vise à soutenir, de manière proactive, structurée et non disciplinaire, le maintien ou le retour au travail de façon sécuritaire, durable et conforme aux capacités fonctionnelles du membre, tout en assurant la sécurité de celui-ci, des élèves et des autres personnes présentes en milieu de travail.

DESTINATAIRES

La présente directive administrative s'adresse à tout le personnel du CSCDGR.

DÉFINITIONS

« **Accommodement** » s'entend d'une mesure raisonnable visant à adapter le travail, le poste, les tâches, l'horaire ou le milieu de travail afin de permettre à un membre du personnel ayant une limitation fonctionnelle d'exécuter les fonctions essentielles de son poste, conformément au *Code des droits de la personne de l'Ontario*, sous réserve de l'absence de contrainte excessive.

« **Assurance invalidité de longue durée (AILD)** » s'entend d'un régime d'assurance offrant des prestations de remplacement de revenu à un membre reconnu invalide à long terme, selon les modalités prévues au régime applicable.

« **Capacités fonctionnelles (limitations et restrictions)** » s'entend des aptitudes physiques, cognitives et psychologiques d'un membre du personnel à exécuter les fonctions essentielles de son poste, telles qu'établies à partir de renseignements médicaux de nature fonctionnelle.

« **Contrainte excessive** » s'entend d'une situation où une mesure d'accommodement entraînerait, pour le Conseil, des difficultés importantes, notamment sur le plan financier,

de la santé et sécurité, ou du fonctionnement de l'organisation, de sorte qu'elle ne peut raisonnablement être mise en place.

« **WSIB** » s'entend comme la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, responsable de l'administration du régime ontarien d'indemnisation des accidents du travail.

« **Évaluation médicale indépendante (EMI)** » s'entend d'un examen réalisé par une ou un professionnel de la santé indépendant, mandaté par le Conseil lorsque les renseignements médicaux disponibles sont insuffisants, contradictoires ou incomplets pour soutenir la prise de décision.

« **Invalidité ou handicap** » s'entend au sens du *Code des droits de la personne de l'Ontario* de toute incapacité physique, mentale ou psychologique, temporaire ou permanente.

« **Invalidité temporaire** » s'entend d'une invalidité dont la durée est limitée dans le temps et pour laquelle une amélioration des capacités fonctionnelles est raisonnablement prévisible.

« **Invalidité partielle permanente** » s'entend d'une invalidité pour laquelle le membre a atteint un rétablissement médical maximal et dont les limitations fonctionnelles sont permanentes ou de nature durable, entraînant une réduction partielle de sa capacité à exercer les fonctions de son emploi, sans toutefois l'empêcher d'occuper tout emploi disponible pour lequel il possède les qualifications raisonnables.

« **Plan de maintien ou de retour au travail** » s'entend d'un plan individualisé, documenté et évolutif précisant les mesures d'accommodement, les responsabilités des parties, les échéanciers et les modalités de suivi visant à soutenir le maintien ou le retour au travail du membre.

« **Poste convenable (ou travail convenable)** » s'entend d'un poste existant ou d'un ensemble de tâches de nature similaire occupé par le membre, compatibles avec les capacités fonctionnelles du membre, les exigences en matière de santé et de sécurité ainsi que les besoins opérationnels du Conseil, sans constituer une promotion ni entraîner une contrainte excessive.

« **Praticienne ou praticien de la santé** » s'entend d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé, généralement un médecin détenteur d'un doctorat en médecine ou une infirmière praticienne ou un infirmier praticien, habilité à délivrer un certificat médical ou toute documentation médicale connexe.

Cette définition s'applique, sauf disposition contraire prévue par les conventions collectives applicables ou les conditions de travail en vigueur. Elle ne s'applique pas aux dossiers d'accident du travail, lesquels sont régis par les dispositions spécifiques applicables.

« **Renseignements médicaux** » s'entend d'informations médicales de nature fonctionnelle, strictement limitées à ce qui est nécessaire pour l'application du PSI, excluant tout diagnostic.

« **Tiers administrateur** » s'entend d'une personne, d'une organisation ou d'une entité externe mandatée par le Conseil pour administrer un dossier en son nom. Le tiers administrateur est soumis aux mêmes obligations de confidentialité et de protection des renseignements personnels que le Conseil. Tout recours à un tiers administrateur est conditionnel au consentement écrit du membre.

PRINCIPES DIRECTEURS

Le Programme de soutien à l'invalidité (PSI) est appliqué selon les principes suivants :

- Constitue un mécanisme administratif de soutien, distinct de toute mesure disciplinaire;
- chaque situation fait l'objet d'une évaluation individualisée;
- l'obligation d'accommodement est respectée jusqu'à la limite de la contrainte excessive, conformément au Code des droits de la personne de l'Ontario;
- la collaboration de bonne foi du membre est requise tout au long du processus;
- le Conseil détermine les mesures d'accommodement appropriées et raisonnables en collaboration avec le membre du personnel, en fonction de ses capacités fonctionnelles, des fonctions essentielles du poste et des besoins opérationnels. Ces mesures sont mises en œuvre sous réserve des dispositions des conventions collectives ou des conditions de travail applicables.
 - Il est entendu que le Conseil n'est pas tenu de créer un nouveau poste, ni d'assigner des tâches inutiles ou non productives, ni modifier fondamentalement la nature de ses opérations pour répondre à une demande d'accommodement.
- la confidentialité des renseignements personnels et médicaux est rigoureusement protégée;
- le maintien ou le retour au travail à la suite d'un congé découlant du régime d'invalidité de courte durée doit s'effectuer dans des conditions sécuritaires pour l'ensemble des personnes présentes dans le milieu de travail.

Sont exclus du PSI :

- Les congés d'assurance invalidité de longue durée (AILD);
- les congés liés à une lésion professionnelle visée par la WSIB.

PROCESSUS

Les procédures applicables à la demande et au signalement des absences de plus de cinq (5) jours consécutifs sont encadrées par la directive administrative RH-19.2.1 – *Signalement des absences pour maladie ou blessure personnelle (5 jours et plus)*.

Les décisions, suivis et mesures mises en place dans le cadre du PSI sont consignés au dossier du membre conformément aux règles de conservation des dossiers en vigueur.

Le refus injustifié de collaborer peut avoir une incidence sur l'admissibilité et la poursuite des mesures de soutien.

1. APPLICATION DU PROGRAMME

Le PSI s'applique lorsqu'une maladie ou une blessure personnelle entraîne des limitations fonctionnelles affectant la capacité d'un membre du personnel à exercer ses fonctions essentielles de manière sécuritaire.

Le Service des ressources humaines détermine l'opportunité d'appliquer le programme en fonction des renseignements disponibles et des obligations légales du Conseil.

2. DÉCLENCHEMENT ET PRISE EN CHARGE

Lorsqu'une situation de santé est portée à l'attention du Conseil :

- le membre fournit les renseignements médicaux de nature fonctionnelle requis;
- le Service des ressources humaines communique avec le membre afin de lui expliquer le PSI;
- le membre est informé de son droit à un représentant syndical ou autre;
- un dossier est ouvert et pris en charge par l'administratrice ou l'administrateur des ressources humaines (ARH) ou sa personne déléguée.

3. DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ

L'admissibilité est déterminée par l'ARH ou sa personne déléguée, sur la base :

- des renseignements fournis par le membre;
- des renseignements médicaux de nature fonctionnelle;
- des informations provenant de la WSIB, le cas échéant.

4. ÉLABORATION DU PLAN INDIVIDUALISÉ

Lorsqu'un membre est admissible, un plan individualisé est élaboré en collaboration avec :

- le membre;
- le Service des ressources humaines;
- la superviseuse ou le superviseur;
- la représentante ou le représentant du membre, à sa demande.

Ce plan vise à soutenir le maintien ou le retour au travail de façon sécuritaire, progressive et réaliste.

Le plan peut inclure notamment :

- les tâches et fonctions essentielles;
- les exigences physiques et cognitives;
- les limitations fonctionnelles;
- les mesures d'accommodement;

- un horaire adapté ou progressif;
- une reprise graduelle des fonctions;
- la modification des tâches ou du lieu de travail;
- une réaffectation à un poste convenable;
- les dates de suivi;
- la durée prévue du plan;
- les modalités d'ajustement;
- les conditions de fin;
- les signatures des parties.

Le plan est signé par le membre, la superviseure ou le superviseur et l'ARH (ou sa personne déléguée). Une copie est remise au membre suivant la rencontre.

Un aperçu du plan peut être transmis à la praticienne ou au praticien de la santé.

5. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI

Le plan est mis en œuvre et fait l'objet de suivis réguliers.

La fréquence des suivis dépend :

- de la durée du plan;
- de l'évolution de la condition;
- des ajustements requis.

Les suivis peuvent se faire en personne, virtuellement ou par téléphone.

Des ajustements sont apportés en fonction :

- des capacités fonctionnelles;
- des exigences du poste;
- des besoins opérationnels.

Le Conseil peut exiger une évaluation médicale indépendante ou une évaluation des capacités fonctionnelles.

6. IMPOSSIBILITÉ DE METTRE EN PLACE UN PLAN

Lorsqu'aucun plan ne peut être établi :

- une rencontre est tenue avec le membre;
- les motifs sont expliqués;
- une confirmation écrite est transmise.

7. FIN DU PLAN

Le plan prend fin lorsque le membre :

- est complètement rétabli; ou

- atteint le rétablissement médical maximal et qu'aucune autre mesure d'accommodement raisonnable ne peut être mise en place.

Dans cette éventualité, le Conseil procède alors à un examen administratif du statut d'emploi selon les options ci-dessous:

- Congé autorisé sans solde pour raison médicale;
- Congé d'assurance invalidité de longue durée;
- Congé d'assurance-emploi;
- Réaffectation à un poste convenable, le cas échéant;
- Retraite, le cas échéant;
- Démission;
- Fin d'emploi.

Toute décision est communiquée par écrit au membre.

8. CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels et médicaux recueillis dans le cadre du Programme de soutien à l'invalidité (PSI) sont traités avec la plus grande rigueur et utilisés exclusivement aux fins de l'évaluation, de la mise en œuvre et du suivi des mesures de maintien ou de retour au travail.

Le Conseil limite la collecte des renseignements médicaux à l'information de nature fonctionnelle strictement nécessaire, excluant tout diagnostic. Ces renseignements sont conservés de manière sécurisée par le Service des ressources humaines et protégés conformément aux lois applicables en matière de protection de la vie privée.

Seules les limitations fonctionnelles pertinentes peuvent être communiquées aux personnes concernées, selon le principe du besoin de savoir, afin de permettre la mise en œuvre des mesures d'accommodement.

Tout partage de renseignements personnels avec un tiers, incluant un tiers administrateur ou un professionnel de la santé, est conditionnel au consentement du membre, sauf lorsque requis par une loi.

9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Service des ressources humaines

- administre le PSI;
- informe le membre de ses droits, notamment de son droit de représentation;
- analyse les limitations fonctionnelles;
- Le cas échéant, consulte le membre pour évaluer et comprendre les capacités fonctionnelles;
- coordonne les intervenants;
- peut exiger une EMI, notamment en cas d'information insuffisante ou contradictoire;
- assure le suivi continu;

- veille au respect des obligations légales.

Superviseure, superviseur

- participe à l'élaboration du plan;
- met en œuvre les mesures;
- surveille l'évolution;
- signale les enjeux.

Membre du personnel

- fournit les renseignements requis;
- participe activement au processus;
- maintient un contact régulier;
- veille à ce que ses courriels soient vérifiés toutes les deux semaines ou, au minimum, lorsque des documents médicaux à jour sont requis;
- informe le Service des ressources humaines de tout changement à ses renseignements personnels (numéro de téléphone, adresse domiciliaire ou postale, etc.)
- fournit une documentation à jour;
- participe aux évaluations;
- respecte les modalités du plan.

Représentante, représentant du membre

- accompagne et conseil le membre;
- participe au processus à sa demande.

RÉFÉRENCES ET FONDEMENTS LÉGISLATIFS

- Politique/Programmes Note 171 : Programmes de soutien à l'assiduité (PSA)
- Code des droits de la personne de l'Ontario
- Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario
- Loi sur la santé et la sécurité au travail
- Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail
- Loi de 2000 sur les normes d'emploi
- Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée
- Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

DIRECTIVES ADMINISTRATIVES ASSOCIÉES

- Les directives administratives associées au présent programme sont énumérées dans le Programme de soutien à l'employé (PSE).

ANNEXES

- Annexe 1 : Gestion des accommodements médicaux (à venir)

FORMULAIRES

- RH19.2-01 : Attestation médicale (FR) – SCFP
- RH19.2-02 : Attestation médicale (EN) – SCFP
- RH19.2-03 : Attestation médicale (FR) – autre membre du personnel
- RH19.2-04 : Attestation médicale (EN) – autre membre du personnel
- RH19.2-05 : Attestation médicale (FR) – FEESO
- RH19.2-06 : Attestation médicale (EN) - FEESO

CYCLE DE RÉVISION

La présente directive est révisée au minimum tous les cinq (5) ans ou plus fréquemment, au besoin.

ATTESTATION MÉDICALE POUR LES MEMBRES DU SCFP SEULEMENT

PARTIE 1

Le Conseil peut demander la présente attestation médicale en vertu de l'article C6.1 h).

La partie 2 de ce formulaire sert à transmettre à l'employeur les renseignements lui permettant d'évaluer la capacité de l'employé à exécuter les tâches essentielles liées à son poste et de comprendre les restrictions et limites à considérer s'il est nécessaire d'adapter le lieu de travail.

La partie 2 doit être remplie seulement lorsque le retour au travail nécessite des mesures d'adaptation.

Je, _____,

autorise par la présente le professionnel de la santé

_____,

à transmettre des renseignements médicaux me concernant à mon employeur,

_____,

pour permettre à ce dernier d'établir du point de vue médical ma capacité à exécuter mes tâches de :

et de déterminer si ma situation médicale rend possible un retour durable à mon travail dans un proche avenir. À cette fin, j'autorise expressément mon professionnel de la santé à répondre aux questions de mon employeur énoncées dans le certificat médical daté du _____, justifiant mon absence à compter du _____.

Signature : _____

Date : _____

Avis au professionnel de la santé

Veillez noter que l'employeur a un programme d'adaptation et de retour au travail. Les parties reconnaissent que l'employeur a l'obligation de prendre des mesures d'adaptation qui ne lui imposent pas de contrainte excessive et que l'employé a l'obligation de coopérer dans la mise en œuvre de mesures d'adaptation raisonnables. Dans cette logique et avec l'objectif d'une réintégration de l'employé dans les meilleurs délais, nous demandons au professionnel de la santé de donner des renseignements aussi complets et aussi détaillés que possible.

Veillez retourner le formulaire rempli au secteur des ressources humaines par courriel ou télécopieur :

Courriel : rh.bien-etre@cscdgr.education

Télécopieur : 705-267-5026

Identifiant de l'employé :		N° de téléphone :			
Adresse de l'employé :		Lieu de travail :			
Professionnel de la santé – Les renseignements suivants doivent être fournis par le professionnel de la santé.					
Premier jour d'absence :					
Nature générale de la maladie* (veuillez ne pas indiquer le diagnostic) :					
Date de l'évaluation :		Pas de limites ni de restrictions <input type="checkbox"/> Date de retour au travail : Pour préciser les limites et restrictions, prière de remplir la partie 2.			
Le professionnel de la santé doit remplir l'attestation à la partie 3.					
PARTIE 2 – Aptitude physique et/ou cognitives					
À remplir par le professionnel de la santé. En vous fondant sur vos conclusions médicales objectives, veuillez préciser les aptitudes de votre patient ou les restrictions qui s'imposent. (Prière de cocher tout ce qui s'applique.)					
APTITUDES PHYSIQUES (si cela s'applique)					
Marche <input type="checkbox"/> Totalemement apte <input type="checkbox"/> Peut faire jusqu'à 100 m <input type="checkbox"/> Peut faire 100 - 200 m <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	Station debout <input type="checkbox"/> Totalemement apte <input type="checkbox"/> Peut se tenir debout jusqu'à 15 minutes <input type="checkbox"/> Peut se tenir debout 15 - 30 minutes <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	Position assise <input type="checkbox"/> Totalemement apte <input type="checkbox"/> Peut rester assis jusqu'à 30 minutes <input type="checkbox"/> Peut rester assis 30 minutes - 1 h <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	Soulèvement de charges du sol à la taille <input type="checkbox"/> Totalemement apte <input type="checkbox"/> Peut soulever jusqu'à 5 kg <input type="checkbox"/> Peut soulever 5 - 10 kg <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		
Soulèvement de charges de la taille aux épaules <input type="checkbox"/> Totalemement apte <input type="checkbox"/> Peut soulever jusqu'à 5 kg <input type="checkbox"/> Peut soulever 5 - <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	Ascension d'escaliers <input type="checkbox"/> Totalemement apte <input type="checkbox"/> Peut monter jusqu'à 5 marches <input type="checkbox"/> Peut monter 6 - 12 marches <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	Usage des mains <table border="0"> <tr> <td> Main gauche <input type="checkbox"/> Préhension <input type="checkbox"/> Pince <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : </td> <td> Main droite <input type="checkbox"/> Préhension <input type="checkbox"/> Pince <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : </td> </tr> </table>		Main gauche <input type="checkbox"/> Préhension <input type="checkbox"/> Pince <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	Main droite <input type="checkbox"/> Préhension <input type="checkbox"/> Pince <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Main gauche <input type="checkbox"/> Préhension <input type="checkbox"/> Pince <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	Main droite <input type="checkbox"/> Préhension <input type="checkbox"/> Pince <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :				
Flexion/torsion : Mouvement répété de (préciser) :	Tâches exécutées à hauteur ou au-dessus des épaules :	Exposition à des substances chimiques :	Déplacement vers le lieu de travail : Peut utiliser les transports en commun <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut conduire une voiture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

APTITUDES COGNITIVES (si cela s'applique)			
Attention et concentration <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :	Exécution d'instructions <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :	Prise de décisions/supervision <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :	Exécution de tâches multiples <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :
Organisation <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :	Mémoire <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :	Interaction sociale <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :	Communication <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :
Veillez indiquer les outils d'évaluation utilisés pour évaluer les aptitudes susmentionnées. (Exemples : tests pour soulever, tests de force de préhension, liste de symptômes d'anxiété, autodéclaration, etc.) : 			
Commentaires supplémentaires sur les limites du patient (ce qu'il est incapable de faire) ou les restrictions qui lui sont imposées (ce qu'il ne devrait ou ne doit pas faire) pour tous les états médicaux : 			
Professionnel de la santé – Les renseignements suivants doivent être fournis par le professionnel de la santé.			
À compter de la date de la présente évaluation, ce qui précède s'appliquera pendant environ : <input type="checkbox"/> 1-2 jours <input type="checkbox"/> 3-7 jours <input type="checkbox"/> 8-14 jours <input type="checkbox"/> 15 jours et + <input type="checkbox"/> En permanence		Avez-vous discuté avec votre patient de son retour au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Recommandations relatives aux heures de travail et à la date de début : <input type="checkbox"/> Plein temps régulier <input type="checkbox"/> Heures modifiées <input type="checkbox"/> Augmentation graduelle du nombre d'heures		Date de début :	
Le patient suit-il un plan de traitement actif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le patient a-t-il été recommandé à un autre professionnel de la santé? <input type="checkbox"/> Oui (facultatif – préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, resterez-vous le premier fournisseur de soins de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Veuillez cocher une seule case <input type="checkbox"/> Le patient est apte au travail sans restriction. <input type="checkbox"/> Le patient est apte au travail avec des restrictions. (Remplir la partie 2) <input type="checkbox"/> J'ai revu la partie 2 et j'atteste que le patient est totalement invalide et inapte au travail à l'heure actuelle.			
Date recommandée pour la prochaine évaluation des aptitudes et restrictions :			

PARTIE 3 – Attestation

Professionnel de la santé – Les renseignements suivants doivent être indiqués par le professionnel de la santé

J'atteste que les renseignements indiqués aux présentes sont exacts et complets :

Nom du professionnel de la santé qui a rempli le formulaire (en caractère d'imprimerie) :

Date :

Numéro de téléphone :

Signature :

* L'expression « nature générale de la maladie » (ou de la lésion) s'entend d'un énoncé général, dans une langue claire dépourvue de détails médicaux techniques et sans diagnostic, de la maladie ou de la lésion du patient. La divulgation de la nature d'une maladie peut donner une idée du diagnostic mais pas forcément. L'expression « nature de la maladie » et le terme « diagnostic » ne sont pas des termes congruents. Par exemple, affirmer qu'une personne a une maladie du cœur ou de l'abdomen ou qu'elle a subi une intervention chirurgicale à cause de cette maladie révèle l'essence de son état sans préciser le diagnostic.

Des renseignements supplémentaires ou de suivi peuvent être demandés au besoin.

**MEDICAL CERTIFICATE
FOR CUPE MEMBERS ONLY**

PART 1

The Board may request this medical certificate as per article C6.1 h).

Part 2 of this form is used to provide the employer with the information needed to assess the employee's ability to perform the essential duties of their position and to understand the restrictions and limitations to consider if workplace accommodations are required.

Part 2 must be completed only when the return to work requires accommodation measures.

<p>I, _____,</p> <p>hereby authorize the healthcare professional:</p> <p>_____,</p> <p>to disclose medical information concerning me to my employer:</p> <p><u>Conseil scolaire catholique des Grandes Rivières,</u></p> <p>to enable them, from a medical perspective, to determine my ability to perform my duties of:</p> <p>_____,</p> <p>and to assess whether my medical condition allows for a sustainable return to work in the near future. To this end, I expressly authorize my healthcare professional to answer my employer's questions as outlined in the medical certificate dated _____, justifying my absence from work as of _____.</p> <p>Signature: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p>Notice to the Healthcare Professional</p> <p>Please note that the employer has an accommodation and return-to-work program. The parties acknowledge that the employer has a duty to accommodate up to the point of undue hardship and that the employee has a duty to cooperate in the implementation of reasonable accommodation measures. With this in mind, and with the goal of reintegrating the employee as quickly as possible, we kindly ask the healthcare professional to provide information that is as complete and detailed as possible.</p> <p>Please return the completed form to the Human Resources department at:</p> <p>rh.bien-etre@cscdgr.education</p> <p>or</p> <p>705-267-5026</p>
--	--

Employee ID:		Phone number:	
Employee Address:		Workplace:	
Healthcare Professional – The following information must be provided by the healthcare professional.			
First day of absence:			
General nature of the illness* (please do not specify the diagnosis):			
Evaluation date:		No limitations or restrictions <input type="checkbox"/>	
		Return-to-work date:	
		To specify limitations and restrictions, please complete Part 2.	
The healthcare professional must complete the attestation in Part 3.			
PART 2 – PHYSICAL AND/OR COGNITIVE ABILITIES			
To be completed by the healthcare professional. Based on your objective medical findings, please specify your patient's abilities or the restrictions that apply. (Check all that apply.)			
PHYSICAL ABILITIES (if applicable)			
Walking <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 100 metres <input type="checkbox"/> 100-200 metres <input type="checkbox"/> Other (please specify):	Standing <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 15 minutes <input type="checkbox"/> 15-30 minutes <input type="checkbox"/> Other (please specify):	Sitting <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 30 minutes <input type="checkbox"/> 30 minutes – 1 hour <input type="checkbox"/> Other (please specify):	Lifting from floor to waist <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 5 kg <input type="checkbox"/> 5-10 kg <input type="checkbox"/> Other (please specify):
Lifting from waist to shoulders <input type="checkbox"/> Fully abilities <input type="checkbox"/> Up to 5 kg <input type="checkbox"/> 5-10 kg <input type="checkbox"/> Other (please specify):	Climbing stairs <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 5 steps <input type="checkbox"/> 6-12 steps <input type="checkbox"/> Other (please specify):	Use of hand(s) Left Hand <input type="checkbox"/> Gripping <input type="checkbox"/> Pinching <input type="checkbox"/> Other (please specify): Right Hand <input type="checkbox"/> Gripping <input type="checkbox"/> Pinching <input type="checkbox"/> Other (please specify):	
Bending / Twisting: Repetitive movement of (please specify):	Tasks performed at or above shoulder height:	Exposure to chemicals:	Travel to work: Can use public transit: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Can drive a vehicle: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

PART 2 (continued) – COGNITIVE ABILITIES (if applicable)			
Attention and concentration: <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Limited abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Following directions: <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Limited abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Decision making / supervision: <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Limited abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Multi-tasking: <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Limited abilities <input type="checkbox"/> Comments:
Ability to organize: <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Limited abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Memory: <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Limited abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Social Interaction: <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Limited abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Communication: <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Limited abilities <input type="checkbox"/> Comments:
Please identify the assessment tool(s) used to determine the above abilities. (Examples: Lifting tests, grip strength tests, anxiety inventories, self-reporting, etc.): 			
Additional comments on limitations (not able to do) and/or restrictions (should/must not do) for all medical conditions: 			
Healthcare professional – The following information must be provided by the healthcare professional.			
From the date of this assessment, the above will apply for approximately: <input type="checkbox"/> 1-2 days <input type="checkbox"/> 3-7 days <input type="checkbox"/> 8-14 days <input type="checkbox"/> 15 days or more <input type="checkbox"/> Permanent		Have you discussed return to work with your patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Recommendations for work hours and start date (if applicable): <input type="checkbox"/> Regular full-time hours <input type="checkbox"/> Modified hours <input type="checkbox"/> Gradual increase in the number of hours		Start date:	
Is the patient on an active treatment plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Has the patient been referred to another healthcare professional? <input type="checkbox"/> Yes (optional – specify): _____ <input type="checkbox"/> No If a referral has been made, will you continue to be the patient's primary healthcare provider? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Please check only one box: <input type="checkbox"/> The patient is fit for work without restriction. <input type="checkbox"/> The patient is fit for work with restrictions. (Complete Part 2) <input type="checkbox"/> I have reviewed Part 2 and I attest that the patient is totally disabled and currently unfit for work.			
Recommended date of next appointment to review abilities and/or restrictions:			

PARTIE 3 – HEALTHCARE PROFESSIONAL ATTESTATION

I certify that the information provided is accurate and based on my professional assessment.

Healthcare Professional Name: _____

Date: _____

Phone number: _____

Signature : _____

General nature of the illness (or injury) means a general statement, in clear language free of technical medical details and without a diagnosis, describing the patient’s illness or injury. Disclosing the nature of an illness may suggest a diagnosis but not necessarily. The terms “nature of the illness” and “diagnosis” are not synonymous. For example, stating that a person has a heart or abdominal condition or has undergone surgery due to this condition reveals the essence of their state without specifying the diagnosis.

Additional information or follow-up may be requested as needed.

ATTESTATION MÉDICALE

Section A – à remplir par le membre du personnel

Nom :	Prénom :	No. téléphone :
Adresse :	Ville :	Code Postal :

Section B – à remplir par le médecin traitant ou infirmier praticien/infirmière praticienne

Date précise de début de congé (JJ/MM/AAAA) :	RAISON POUR L'ABSENCE (si l'absence est suite à une blessure/maladie au travail veuillez assurer de remplir les formulaires de la CSPAAAT)		
	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Blessure

1 - LIMITATIONS FONCTIONNELLES - Veuillez indiquer seulement les limitations fonctionnelles qui s'appliquent ET la durée anticipée

a) Limitations fonctionnelles PHYSIQUES

<input type="checkbox"/> Marcher Description de la limitation : <input type="checkbox"/> Jusqu'à 100 mètres <input type="checkbox"/> De 100 à 200 mètres <input type="checkbox"/> Autres : _____ Description de la limitation : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Demeurer debout Description de la limitation : <input type="checkbox"/> Jusqu'à 15 minutes <input type="checkbox"/> De 15 à 30 minutes <input type="checkbox"/> Autres : _____ Description de la limitation : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Demeurer assis Description de la limitation : <input type="checkbox"/> Jusqu'à 30 minutes <input type="checkbox"/> De 30 à 60 minutes <input type="checkbox"/> Autres : _____ Description de la limitation : _____ _____ _____	Commentaires généraux :
<input type="checkbox"/> Se pencher Description de la limitation : _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Monter des escaliers Description de la limitation : <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 marches <input type="checkbox"/> De 5 à 10 marches <input type="checkbox"/> Autres : _____ Description de la limitation : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Grimper aux échelles Description de la limitation : <input type="checkbox"/> Jusqu'à 3 échelons <input type="checkbox"/> De 4 à 10 échelons <input type="checkbox"/> Autres : _____ Description de la limitation : _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Lever des objets <input type="radio"/> du sol à la taille <input type="radio"/> de la taille aux épaules Description de la limitation : <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kg <input type="checkbox"/> De 5 à 10 kg <input type="checkbox"/> Autres : _____ Description de la limitation : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Limitation de la main <input type="radio"/> main droite <input type="radio"/> main gauche Description de la limitation : <input type="checkbox"/> Empoigner <input type="checkbox"/> Pousser <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif <input type="checkbox"/> Autres : _____ Description de la limitation : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Autres limitations Description de la limitation : _____ _____ _____ _____ _____	

DURÉE ESTIMATIVE DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES PHYSIQUES : 1 à 15 jours 16 à 30 jours 1 à 3 mois Autres : _____

b) Limitations fonctionnelles COGNITIVES

<input type="checkbox"/> Attention/concentration Description de la limitation : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Mémoire Description de la limitation : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Capacité décisionnelles Description de la limitation : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Organisation/planification Description de la limitation : _____ _____ _____
---	---	---	--

DURÉE ESTIMATIVE DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES COGNITIVES : 1 à 15 jours 16 à 30 jours 1 à 3 mois Autres : _____

2 - RESTRICTIONS AUX HEURES DE TRAVAIL PAS APPLICABLE

Svp fournir votre recommandation quant au nombre d'heures pendant lesquelles le patient peut travailler par jour/semaine

Heures de travail modifié – sans restrictions envers les tâches de travail

Heures de travail modifié – avec restrictions envers les tâches de travail selon les limitations fonctionnelles indiquées ci-haut

SEMAINE 1 – HORAIRE PROPOSÉ			SEMAINE 2 – HORAIRE PROPOSÉ			Commentaires généraux :
Jour de travail proposé	Nombres d'heures par jour de travail	Matin ou après-midi	Jour de travail proposé	Nombres d'heures par jour de travail	Matin ou après-midi	
<input type="checkbox"/> Lundi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Lundi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Mardi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Mardi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Mercredi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Mercredi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Jeudi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Jeudi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Vendredi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Vendredi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
SEMAINE 3 – HORAIRE PROPOSÉ			SEMAINE 4 – HORAIRE PROPOSÉ			
Jour de travail proposé	Nombres d'heures par jour de travail	Matin ou après-midi	Jour de travail proposé	Nombres d'heures par jour de travail	Matin ou après-midi	
<input type="checkbox"/> Lundi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Lundi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Mardi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Mardi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Mercredi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Mercredi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Jeudi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Jeudi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Vendredi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Vendredi		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	

DURÉE ESTIMATIVE - RESTRICTIONS AUX HEURES DE TRAVAIL (S.V.P. préciser le no. de semaines): _____ de semaines

3 – PRÉCISIONS POUR UN RETOUR AU TRAVAIL

Veuillez indiquer les informations requises pour un retour au travail (Option A, B, OU C)

<input type="checkbox"/> A) RETOUR AU TRAVAIL SANS LIMITATIONS/RESTRICTIONS	<input type="radio"/> la date précise de retour au travail régulier (JJ/MM/AAAA) :			
<input type="checkbox"/> B) RETOUR AU TRAVAIL INCONNU POUR L'INSTANT	<input type="radio"/> la date précise de réévaluation - Max. à chaque 2 mois (JJ/MM/AAAA) :			
<input type="checkbox"/> C) RETOUR AU TRAVAIL PROPOSÉ AVEC MODIFICATIONS DE TÂCHES OU HORAIRE MODIFIÉ	1) Si le Conseil <u>peut respecter</u> les limitations fonctionnelles/restrictions ci-haut, veuillez indiquer les dates précises suivantes :	<input type="radio"/> la date précise de retour au travail avec modifications de tâches ou heures de travail (JJ/MM/AAAA) :	<input type="radio"/> la date précise de retour au travail régulier (JJ/MM/AAAA) :	<input type="radio"/> la date précise de réévaluation afin de revoir les limitations fonctionnelles/ restrictions et/ou l'horaire modifié Max. à chaque 2 mois (JJ/MM/AAAA) :
	2) Si le Conseil <u>ne peut pas respecter</u> les limitations fonctionnelles/restrictions ci-haut, veuillez indiquer les dates précises suivantes :	<input type="radio"/> la date précise de retour au travail régulier (JJ/MM/AAAA) :	<input type="radio"/> la date précise de réévaluation si une date de retour au travail régulier est inconnue pour l'instant - Max. à chaque 2 mois (JJ/MM/AAAA) :	

PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Nom :

Médecin traitant Infirmière praticienne/Infirmier praticien

Signature du médecin traitant ou de l'infirmière praticienne/infirmier praticien :

Adresse :

Ville :

No. téléphone :

Date (JJ/MM/AAAA) :

- Modified hours of work – without any restrictions towards job duties
- Modified hours of work – with restrictions towards job duties in accordance to functional limitations listed above

WEEK 1 – PROPOSED WORK SCHEDULE			WEEK 2 – PROPOSED WORK SCHEDULE			General comments :
Recommended work day	Number of hours of work per day	Morning or afternoon	Recommended work day	Number of hours of work per day	Morning or afternoon	
<input type="checkbox"/> Monday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Monday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Tuesday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Tuesday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Wednesday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Wednesday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Thursday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Thursday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Friday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Friday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
WEEK 3 – PROPOSED WORK SCHEDULE			WEEK 4 – PROPOSED WORK SCHEDULE			
Recommended work day	Number of hours of work per day	Morning or afternoon	Recommended work day	Number of hours of work per day	Morning or afternoon	
<input type="checkbox"/> Monday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Monday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Tuesday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Tuesday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Wednesday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Wednesday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Thursday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Thursday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
<input type="checkbox"/> Friday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Friday		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	

ESTIMATED DURATION – RESTRICTIONS – MODIFIED HOURS OF WORK (Please indicate # of weeks) : _____ weeks

3 – RETURN TO WORK OPTIONS

Please indicate the applicable Return to Work option and dates (Option A, B, OR C)

<input type="checkbox"/> A) RETURN TO WORK - WITHOUT ANY LIMITATIONS or RESTRICTIONS	<input type="radio"/> Date to return to regular work and hours (DD/MM/YYYY) :			
<input type="checkbox"/> B) NO RETURN TO WORK RECOMMENDED AT THIS TIME	<input type="radio"/> Date of next appointment in order to reassess - Max. every 2 months (DD/MM/YYYY) :			
<input type="checkbox"/> C) RETURN TO WORK – RECOMMENDED MODIFIED JOB DUTIES AND/OR HOURS	1) If the Board <u>is able</u> to respect the functional limitations and restrictions listed above:	<input type="radio"/> Date to return to recommended modified work and/or hours (DD/MM/YYYY) :	<input type="radio"/> Date to return to regular work and hours (DD/MM/YYYY) :	<input type="radio"/> Date of next appointment in order to reassess the functional limitations and restrictions and modified work schedule - Max. every 2 months (DD/MM/YYYY) :
	2) If the Board <u>is unable</u> to respect the functional limitations and restrictions listed above:	<input type="radio"/> Date to return to regular work and hours (DD/MM/YYYY) :	<input type="radio"/> Date of next appointment if a date to return to work is unknown at this time - Max. every 2 months (DD/MM/YYYY) :	

HEALTH PROFESSIONAL

Name (please print) :

Doctor Registered Nurse – Extended Class/Nurse Practitioner

Signature :

Address : _____ City : _____

Telephone # : _____ Date : _____

ATTESTATION MÉDICALE POUR LES MEMBRES DE LA FEESO SEULEMENT

Groupe d'employés :	Demandé par :
Demande de prestation à la WSIB : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro de la demande présentée à la WSIB :

À l'employé : Le présent formulaire vise à donner au conseil scolaire l'information nécessaire pour évaluer si vous êtes en mesure de vous acquitter des tâches essentielles de votre poste et pour connaître vos restrictions ou limitations afin d'évaluer la possibilité d'accommoder votre milieu de travail en conséquence, si nécessaire.

Consentement de l'employé : J'autorise le professionnel de la santé qui participe à mon traitement à remettre ce formulaire à mon employeur une fois rempli. Ce formulaire contient des renseignements sur les limitations ou restrictions d'ordre médical qui ont une incidence sur ma capacité de retourner au travail ou de m'acquitter des tâches qui m'ont été assignées.

Nom de l'employé : <i>(en caractères d'imprimerie)</i>	Signature de l'employé :
Numéro d'employé :	Numéro de téléphone :
Adresse de l'employé :	Lieu de travail :

1. Professionnel de la santé : Les renseignements suivants doivent être donnés par le professionnel de la santé.

Veuillez cocher une des cases suivantes :

Le patient est en mesure de retourner au travail sans restriction.

Le patient est en mesure de retourner au travail avec restrictions. **Remplir les parties 2 (A et B) et 3**

J'ai examiné les parties 2 (A et B) et je juge que le patient souffre d'une invalidité totale et est incapable de reprendre le travail pour l'instant.

Remplir les parties 3 et 4. Si l'absence se poursuit, une mise à jour des renseignements médicaux sera demandée après la date du rendez-vous de suivi indiquée à la partie 4.

Premier jour d'absence : _____	Nature générale de la maladie (<i>veuillez ne pas inclure le diagnostic</i>) : _____
-----------------------------------	---

Date de l'évaluation (jj/mm/aaaa) :

2 : Renseignements devant être donnés par le professionnel de la santé. Veuillez décrire les capacités et/ou les restrictions de votre patient en fonction de vos constatations médicales objectives.

2A : CAPACITÉS PHYSIQUES (le cas échéant)

<p>Marcher :</p> <p><input type="checkbox"/> Pleines capacités</p> <p><input type="checkbox"/> Jusqu'à 100 mètres</p> <p><input type="checkbox"/> De 100 à 200 mètres</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p>	<p>Se tenir debout :</p> <p><input type="checkbox"/> Pleines capacités</p> <p><input type="checkbox"/> Jusqu'à 15 minutes</p> <p><input type="checkbox"/> De 15 à 30 minutes</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p>	<p>Demeurer assis :</p> <p><input type="checkbox"/> Pleines capacités</p> <p><input type="checkbox"/> Jusqu'à 30 minutes</p> <p><input type="checkbox"/> De 30 minutes à 1 heure</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p>	<p>Lever un poids du sol à la taille :</p> <p><input type="checkbox"/> Pleines capacités</p> <p><input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilogrammes</p> <p><input type="checkbox"/> De 5 à 10 kilogrammes</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p>		
<p>Lever un poids de la taille aux épaules :</p> <p><input type="checkbox"/> Pleines capacités</p> <p><input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilogrammes</p> <p><input type="checkbox"/> De 5 à 10 kilogrammes</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p>	<p>Monter un escalier :</p> <p><input type="checkbox"/> Pleines capacités</p> <p><input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 marches</p> <p><input type="checkbox"/> De 6 à 12 marches</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p>	<p><input type="checkbox"/> Utiliser ses mains :</p> <table border="0"><tr><td data-bbox="751 1119 1109 1402"><p>Main gauche</p><p><input type="checkbox"/> Serrer</p><p><input type="checkbox"/> Pincer</p><p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p></td><td data-bbox="1109 1119 1588 1402"><p>Main droite</p><p><input type="checkbox"/> Serrer</p><p><input type="checkbox"/> Pincer</p><p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p></td></tr></table>		<p>Main gauche</p> <p><input type="checkbox"/> Serrer</p> <p><input type="checkbox"/> Pincer</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p>	<p>Main droite</p> <p><input type="checkbox"/> Serrer</p> <p><input type="checkbox"/> Pincer</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p>
<p>Main gauche</p> <p><input type="checkbox"/> Serrer</p> <p><input type="checkbox"/> Pincer</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p>	<p>Main droite</p> <p><input type="checkbox"/> Serrer</p> <p><input type="checkbox"/> Pincer</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</p>				
<p><input type="checkbox"/> Effectuer un mouvement de flexion et de torsion</p> <p>Mouvement répétitif (<i>veuillez préciser</i>) :</p>	<p><input type="checkbox"/> Travailler au niveau des épaules ou au-dessus :</p>	<p><input type="checkbox"/> Exposition à des produits chimiques :</p>	<p>Se rendre au travail :</p> <p>Capacité d'utiliser le transport en commun :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Capacité de conduire une voiture :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		

2B : CAPACITÉS COGNITIVES (veuillez remplir toutes les cases pertinentes)

Consacrer son attention et se concentrer : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Suivre des instructions : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Prendre des décisions ou superviser : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Effectuer plusieurs tâches en même temps : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :
Organiser : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Mémoire : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Avoir des interactions sociales : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Communiquer : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :

Veuillez décrire les outils utilisés pour évaluer les capacités mentionnées précédemment (*Exemples : tests de levage, tests de préhension, description des angoisses, auto déclaration, etc.*)

Commentaires additionnels sur **les limitations (incapacités) ou restrictions (ne devrait/ne doit pas faire) pour toutes les conditions médicales :**

3 : À remplir par le professionnel de la santé.

À compter de la date de cette évaluation, les observations décrites ci-dessus s'appliqueront pendant environ : <input type="checkbox"/> 6 à 10 jours <input type="checkbox"/> 11 à 15 jours <input type="checkbox"/> 16 à 25 jours <input type="checkbox"/> 26 jours et plus	Avez-vous parlé du retour au travail avec votre patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recommandations au sujet du nombre d'heures de travail et de la date de retour (le cas échéant) : <input type="checkbox"/> Heures de travail normales à temps plein <input type="checkbox"/> Heures modifiées <input type="checkbox"/> Retour progressif	Date de début (jj/mm/aaaa) :
Le patient suit-il activement un plan de traitement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Lui a-t-on recommandé de consulter un autre professionnel de la santé? <input type="checkbox"/> Oui (facultatif : veuillez préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non	
Si on lui a recommandé de consulter un autre professionnel de la santé, demeurez-vous le fournisseur de soins de santé principal du patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

4 : Date recommandée du prochain rendez-vous pour revoir les capacités et restrictions (jj/mm/aaaa) :

Nom du professionnel de la santé ayant rempli le formulaire : (en caractères d'imprimerie)	
Date :	
Numéro de téléphone :	
Numéro de télécopieur :	
Signature :	

2A: PHYSICAL (if applicable)

<p>Walking:</p> <p><input type="checkbox"/> Full Abilities</p> <p><input type="checkbox"/> Up to 100 metres</p> <p><input type="checkbox"/> 100 - 200 metres</p> <p><input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):</p>	<p>Standing:</p> <p><input type="checkbox"/> Full Abilities</p> <p><input type="checkbox"/> Up to 15 minutes</p> <p><input type="checkbox"/> 15 - 30 minutes</p> <p><input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):</p>	<p>Sitting:</p> <p><input type="checkbox"/> Full Abilities</p> <p><input type="checkbox"/> Up to 30 minutes</p> <p><input type="checkbox"/> 30 minutes - 1 hour</p> <p><input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):</p>	<p>Lifting from floor to waist:</p> <p><input type="checkbox"/> Full Abilities</p> <p><input type="checkbox"/> Up to 5 kilograms</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - 10 kilograms</p> <p><input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):</p>								
<p>Lifting from Waist to Shoulder:</p> <p><input type="checkbox"/> Full abilities</p> <p><input type="checkbox"/> Up to 5 kilograms</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - 10 kilograms</p> <p><input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):</p>	<p>Stair Climbing:</p> <p><input type="checkbox"/> Full abilities</p> <p><input type="checkbox"/> Up to 5 steps</p> <p><input type="checkbox"/> 6 - 12 steps</p> <p><input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):</p>	<p><input type="checkbox"/> Use of hand(s):</p> <table border="0"><tr><td>Left Hand</td><td>Right Hand</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Gripping</td><td><input type="checkbox"/> Gripping</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pinching</td><td><input type="checkbox"/> Pinching</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):</td><td><input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):</td></tr></table>		Left Hand	Right Hand	<input type="checkbox"/> Gripping	<input type="checkbox"/> Gripping	<input type="checkbox"/> Pinching	<input type="checkbox"/> Pinching	<input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):	<input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):
Left Hand	Right Hand										
<input type="checkbox"/> Gripping	<input type="checkbox"/> Gripping										
<input type="checkbox"/> Pinching	<input type="checkbox"/> Pinching										
<input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):	<input type="checkbox"/> Other (<i>please specify</i>):										
<p><input type="checkbox"/> Bending/twisting repetitive movement of (<i>please specify</i>):</p>	<p><input type="checkbox"/> Work at or above shoulder activity:</p>	<p><input type="checkbox"/> Chemical exposure to:</p>	<p>Travel to Work:</p> <p>Ability to use public transit</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ability to drive car</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>								

2B: COGNITIVE (please complete all that is applicable)

Attention and Concentration: <input type="checkbox"/> Full Abilities <input type="checkbox"/> Limited Abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Following Directions: <input type="checkbox"/> Full Abilities <input type="checkbox"/> Limited Abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Decision-Making/Supervision: <input type="checkbox"/> Full Abilities <input type="checkbox"/> Limited Abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Multi-Tasking: <input type="checkbox"/> Full Abilities <input type="checkbox"/> Limited Abilities <input type="checkbox"/> Comments:
Ability to Organize: <input type="checkbox"/> Full Abilities <input type="checkbox"/> Limited Abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Memory: <input type="checkbox"/> Full Abilities <input type="checkbox"/> Limited Abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Social Interaction: <input type="checkbox"/> Full Abilities <input type="checkbox"/> Limited Abilities <input type="checkbox"/> Comments:	Communication: <input type="checkbox"/> Full Abilities <input type="checkbox"/> Limited Abilities <input type="checkbox"/> Comments:

Please identify the assessment tool(s) used to determine the above abilities (*Examples: Lifting tests, grip strength tests, Anxiety Inventories, Self-Reporting, etc.*)

Additional comments on **Limitations (not able to do) and/or Restrictions (should/must not do)** for all medical conditions:

3: Health Care Professional to complete.

From the date of this assessment, the above will apply for approximately: <input type="checkbox"/> 6-10 days <input type="checkbox"/> 11- 15 days <input type="checkbox"/> 16- 25 days <input type="checkbox"/> 26 + days	Have you discussed return to work with your patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Recommendations for work hours and start date (if applicable): <input type="checkbox"/> Regular full time hours <input type="checkbox"/> Modified hours <input type="checkbox"/> Graduated hours	Start Date (dd/mm/yyyy):
Is patient on an active treatment plan?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Has a referral to another Health Care Professional been made? <input type="checkbox"/> Yes (optional - please specify): _____ <input type="checkbox"/> No	
If a referral has been made, will you continue to be the patient's primary Health Care Provider? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

4: Recommended date of next appointment to review Abilities and/or Restrictions (dd/mm/yyyy):

Completing Health Care Professional Name: (Please Print)	
Date:	
Telephone Number:	
Fax Number:	
Signature:	