

Assignation temporaire (F3)

Formulaire

Nom du travailleur : _____	Titre d'emploi : _____
Entreprise : _____	NAS : _____
Médecin désigné de l'entreprise : _____	

À L'USAGE DU MÉDECIN QUI A CHARGE

Diagnostic(s) :
Traitement(s) :

ÉVALUATION DU MÉDECIN QUI A CHARGE

Après avoir évalué médicalement la personne nommée plus haut, je considère qu' :

elle peut retourner à sa tâche régulière;

elle ne peut reprendre sa fonction régulière, mais dans un **travail léger** avec la ou les limitations fonctionnelles suivantes; ainsi, cette personne ne peut :

<input type="checkbox"/> faire un travail qu'en position assise seulement	<input type="checkbox"/> travailler dans des échelles ou des endroits élevés
<input type="checkbox"/> soulever des poids de plus de _____ kg	<input type="checkbox"/> se courber fréquemment
<input type="checkbox"/> faire des torsions répétées	<input type="checkbox"/> porter, pousser, tirer
<input type="checkbox"/> faire aucun effort physique excessif	<input type="checkbox"/> effectuer des mouvements répétitifs
<input type="checkbox"/> marcher ou se tenir debout continuellement	<input type="checkbox"/> autres (précisez ci-dessous)
<input type="checkbox"/> manipuler des aliments	
<input type="checkbox"/> demeurer en posture statique	

Ces restrictions sont permanentes ou temporaires, jusqu'à : _____

elle ne peut retourner à sa fonction régulière; par contre, je consens à ce que cette personne soit **assignée temporairement** à un travail adapté tel que proposé ci-dessous et/ou à être confirmé ultérieurement*, le cas échéant, avec la ou les limitation (s) précisée(s) ci-dessus :

<input type="checkbox"/> travail de bureau	<input type="checkbox"/> entretien ménager léger	<input type="checkbox"/> petits travaux de manutention
<input type="checkbox"/> supervision, surveillance	<input type="checkbox"/> inventaire, magasinier	<input type="checkbox"/> travaux légers de journalier
<input type="checkbox"/> formation, informatique	<input type="checkbox"/> répondre au téléphone	<input type="checkbox"/> autres : _____

elle doit être retirée du travail immédiatement, et ceci, selon les modalités de l'attestation médicale ci-jointe; et je consens à ce qu'on communique avec moi pour valider le motif et mon refus de l'assignation temporaire proposée.

Prochaine visite le : _____

En vertu de l'article 179 de la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*, l'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il redevenne capable d'exercer son emploi ou un emploi convenable même si sa lésion n'est pas consolidée, si le médecin qui a charge du travailleur croit que :

1. Le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir de travail	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Le travail ne comporte pas de dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Le travail est favorable à sa réadaptation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Nom du médecin (en lettres d'imprimerie) : _____	Tél. : _____
_____	Télec. : _____
Signature du médecin : _____	Date : _____

* Une confirmation des tâches et fonctions de l'assignation temporaire respectant les limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus suivra par télécopie, dans les plus brefs délais. Le fait de remplir ce formulaire d'assignation temporaire est un acte rémunéré par la RAMQ sous le code #9971.