**protégé b** une fois rempli

**Formulaire d’évaluation d’aptitude au travail et des capacités fonctionnelles**

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION A – Renseignements sur l’employé** | (À remplir par le gestionnaire) |
| **Nom de l’employé** | **Direction générale / division** | **Bureau / emplacement** |
|
| **Titre du poste**  | **Horaire de travail normal** \_\_\_\_\_\_ heures par jour \_\_\_\_\_\_ jours par semaine | **Date du début de l’absence**[ ]  Sommaire des absences annexé |
| **Statut d’emploi** |
| **Nom du superviseur/gestionnaire** | **Signature** | **Date** (jj-mm-aaaa) |
| **Une lettre explicative est jointe à ce formulaire** [ ]  **oui** [ ]  **non**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION B – Aptitude au travail** | (À remplir par le professionnel de la santé) |
| **L’employé a-t-il une condition de santé (déficience\*) qui doit faire l’objet de mesures d’adaptation en milieu de travail?**  |
|  [ ]  Oui [ ]  Non |
| \* La déficience est définie comme toute « déficience physique ou mentale, qu’elle soit présente ou passée, y compris le défigurement ainsi que la dépendance, présente ou passée, envers l’alcool ou la drogue » selon la Loi Canadienne sur les droits de la personne. |
| **Lequel de ces énoncés s’applique à la situation de l’employé :**[ ]  Apte à travailler(capable de travailler selon son horaire de travail normal sans limitation ou restriction) – **Remplir les sections C et F** [ ]  Apte à travailler **avec** certaines limitations ou restrictions fonctionnelles **– Remplir les sections C, D, E et F**Date du prochain rendez-vous : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (jj-mm-aaaa)  [ ]  Inapte à travailler **– Remplir la section F**  Date du prochain rendez-vous : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (jj-mm-aaaa)  **Note : Ne pas fournir de renseignements sur le diagnostic, le traitement ou les médicaments.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION C – Horaire de travail** | (À remplir par le professionnel de la santé) |
| **L’employé est-il apte à travailler selon l’horaire de travail normal tel qu’indiqué à la section A?**  |
|  [ ]  Oui [ ]  Non Date de retour au travail prévue \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)  |
| **Si l’employé n’est pas apte à travailler selon l’horaire normal de travail**, veuillez indiquer dans le tableau suivant le nombre d’heures par jours (h/j) et le nombre de jours par semaine (j/sem.) que l’employé est apte à travailler. Veuillez fournir cette information pour une période de 12 semaines. |
| **Semaine****1** | **Semaine****2** | **Semaine****3** | **Semaine****4** | **Semaine****5** | **Semaine****6** | **Semaine****7** | **Semaine****8** | **Semaine****9** | **Semaine****10** | **Semaine****11** | **Semaine****12** |
| **h/j** | **h/j** | **h/j** | **h/j** | **h/j** | **h/j** | **h/j** | **h/j** | **h/j** | **h/j** | **h/j** | **h/j** |
| **j/sem.** | **j/sem** | **j/sem** | **j/sem** | **j/sem** | **j/sem** | **j/sem** | **j/sem** | **j/sem** | **j/sem** | **j/sem** | **j/sem** |

1 de 4

**protégé b** une fois rempli

|  |
| --- |
| **SECTION D – Capacités requises pour la réalisation des tâches principales** |
| **À remplir par le gestionnaire**(Au besoin, utilisez la section E pour fournir davantage de détails) | **À remplir par le professionnel de la santé**(Au besoin, utilisez la section E pour fournir davantage de détails) |
| Les tâches principales de l’employé nécessitent les capacités physiques ou non physiques suivantes :  | Veuillez préciser les détails de chacune des limitations et des restrictions. |
| **Mouvements de la colonne vertébrale** | **Limitations ou restrictions**[ ]  Aucune[ ]  Permanentes[ ]  Temporaires Durée anticipée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| Dos :  | [ ]  Se pencher vers l’avant [ ]  Se pencher vers l’arrière [ ]  Flexion latérale[ ]  Torsion  |   |
| Cou :  | [ ]  Se pencher vers l’avant[ ]  Se pencher vers l’arrière[ ]  Flexion latérale [ ]  Torsion   |  |
| **Activités en position assise**[ ]  Travail à l’ordinateur : \_\_\_\_ %/jour[ ]  Réunion : \_\_\_\_ %/jour [ ]  Travail de bureau (écriture / lecture) : \_\_\_\_ %/jour [ ]  Conduire : \_\_\_\_ %/jour [ ]  Téléphone ([ ] casque d’écoute) : \_\_\_\_ %/jour | **Limitations ou restrictions**[ ]  Aucune[ ]  Permanentes[ ]  Temporaires Durée anticipée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| **Activités en position debout**[ ]  Rester debout : \_\_\_\_ %/jour  Sur quel type de surface : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Marcher : \_\_\_\_\_\_ km ou \_\_\_\_\_ heures/jour  Sur quel type de surface : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Se pencher [ ]  S’accroupir [ ]  S’agenouiller [ ]  Faire fonctionner du matériel de bureau (p. ex. imprimante) [ ]  Activité nécessitant de rester en équilibre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Monter (p. ex. escalier, escabeau) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Limitations ou restrictions**[ ]  Aucune[ ]  Permanentes[ ]  Temporaires Durée anticipée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| **Soulever, transporter, pousser ou tirer** | **Limitations ou restrictions**[ ]  Aucune[ ]  Permanentes[ ]  Temporaires Durée anticipée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| [ ]  Soulever du sol à la taille [ ]  Soulever de la taille aux épaules [ ]  Souler au-dessus des épaules [ ]  Transporter [ ]  Pousser ou tirer   | Poids maximum : \_\_\_\_ (kg)Poids maximum : \_\_\_\_ (kg)Poids maximum : \_\_\_\_ (kg)Poids maximum : \_\_\_\_ (kg)Poids maximum : \_\_\_\_ (kg) |
| **Travailler avec les épaules, les coudes, les poignets,** **les mains ou les doigts**[ ]  Atteindre un objet : [ ]  Au-dessus des épaules [ ]  Sous les épaules, [ ]  Au niveau des épaules[ ]  Utilisation d’un clavier : \_\_\_\_\_ %/jour [ ]  Écrire : \_\_\_\_\_ %/jour[ ]  Manipulation d’une souris[ ]  Classer des documents[ ]  Manipuler des objets [ ]  Manipuler des outils ou des objets vibrants [ ]  Manipulation d’outils nécessitant de la force de préhension | **Limitations ou restrictions**[ ]  Aucune[ ]  Permanentes[ ]  Temporaires Durée anticipée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |

2 de 4

**protégé b** une fois rempli

|  |
| --- |
| **SECTION D – Capacités requises pour la réalisation des tâches principales (SUITE)** |
| **À remplir par le gestionnaire**(Au besoin, utilisez la section E pour fournir davantage de détails) | **À remplir par le professionnel de la santé**(Au besoin, utilisez la section E pour fournir davantage de détails) |
| **Utilisation des sens**[ ]  Parler [ ]  Entendre [ ]  Vue rapprochée [ ]  Vue éloignée [ ]  Perception de la profondeur [ ]  Travailler à l’écran : \_\_\_\_\_ %/jour [ ]  Conduire | **Limitations ou restrictions**[ ]  Aucune[ ]  Permanentes[ ]  Temporaires Durée anticipée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| **Exigences cognitives et mentales**[ ]  Souci du détail[ ]  Vigilance constante, concentration soutenue [ ]  Capacité à effectuer plusieurs tâches à la fois[ ]  Communiquer efficacement[ ]  Supervision minimale et autonomie [ ]  Travailler selon des directives précises [ ]  Atteindre des normes de rendement précises [ ]  Rétention de renseignements[ ]  Esprit d’initiative[ ]  Capacité d’adaptation[ ]  Résolution de problèmes et prise de décisions[ ]  Réflexion analytique[ ]  Sens du jugement  | **Limitations ou restrictions**[ ]  Aucune[ ]  Permanentes[ ]  Temporaires Durée anticipée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| **Exigences sociales et émotionnelles**[ ]  Travailler en isolement [ ]  Travailler en équipe [ ]  Superviser les autres [ ]  Établir des relations ou des réseaux [ ]  Influencer les autres[ ]  Résoudre des conflits[ ]  Demander de la rétroaction et y répondre[ ]  Être exposé(e) à des situations émotionnelles  ou conflictuelles[ ]  Travailler dans des situations de crise ou d’urgence[ ]  Travailler en étroite collaboration avec le public,  des clients ou d’autres personnes | **Limitations ou restrictions**[ ]  Aucune[ ]  Permanentes[ ]  Temporaires Durée anticipée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| **Exigence en matière d’horaire de travail**[ ]  Suivre un horaire, être ponctuel[ ]  Effectuer des heures supplémentaires[ ]  Travail par quarts [ ]  Travail sur demande[ ]  Travail répétitif [ ]  Tâches variées[ ]  Déplacements : | **Limitations ou restrictions**[ ]  Aucune[ ]  Permanentes[ ]  Temporaires Durée anticipée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
|  | Fréquence par jour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Moyen de transport : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Moment de la journée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

3 de 4

**protégé b** une fois rempli

|  |
| --- |
| **SECTION E – Questions spécifiques, préoccupations ou commentaires**  |
|  |

|  |
| --- |
| **SECTION F – Signature du professionnel de la santé** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom (en caractères d'imprimerie) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Titre |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature |

|  |
| --- |
| Estampe du professionnel de la santé |

 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date (jj-mm-aaaa) |

4 de 4