**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