

## ANNEXE F

## Évaluation médicale de l'aptitude au travail

*Ce formulaire a pour but de fournir au patient les renseignements médicaux qu'il doit remettre à l'employeur 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 les sections A et B pour les détails.)**

À mon avis, les restrictions ou limitations précisées à la section A sont :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Temporaires : | <input type="checkbox"/> ____ jours          | <input type="checkbox"/> de 4 à 6 semaines      |
|  | <input type="checkbox"/> moins de 2 semaines | <input type="checkbox"/> de 6 semaines à 3 mois |
|  | <input type="checkbox"/> de 2 à 4 semaines   | <input type="checkbox"/> 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

**SECTION A:**

<b>CAPACITÉS PHYSIQUES</b>	<b>Restriction</b>	<b>Limitation</b>	<b>CAPACITÉS MENTALES</b>	<b>Restriction</b>	<b>Limitation</b>
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			<b>SUR LE PLAN ENVIRONNEMENTAL</b>		
Monter sur un échafaudage			S'exposer à la chaleur et au froid		
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			<b>AUTRES</b>		
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			Faire des 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)		

**Restrictions ou limitations fonctionnelles précises**

Nom du patient : \_\_\_\_\_

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)

**SECTION B:**

Veuillez fournir tous autres détails 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