

**Employeur**

<b>A - Renseignements sur le travailleur</b>				
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° de dossier CSST du travailleur	<input type="text"/>	
Adresse du domicile	N° Rue App.	N° d'assurance maladie	<input type="text"/>	
Ville	Province	Pays	Date de l'événement d'origine	<input type="text"/>
	Code postal		Date de la récidence, rechute ou aggravation	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>			
Emploi occupé au moment de la lésion				

<b>B - Renseignements sur l'employeur</b>				
Nom de l'employeur (raison sociale)			Nom de la personne à joindre	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur				
N° Rue Bureau				
Ville	Province	Pays	Code postal	<input type="text"/>
Nom et adresse de l'établissement où est prévue l'assignation temporaire			N° de dossier d'expérience	<input type="text"/>
			Téléphone	<input type="text"/>

<b>C - Nature de l'assignation temporaire</b>	
Travail proposé	Durée prévue de l'assignation
Tout travail respectant les restrictions que vous aurez identifiées.	Du <input type="text"/> Au <input type="text"/>
Description (positions et mouvements, objets à manipuler, conditions environnantes, horaire de travail : voir le Guide au verso)	
<input type="checkbox"/> Peut retourner à ses tâches régulières <input type="checkbox"/> Peut faire des travaux légers avec les restrictions émises	
EN TOUT TEMPS, LORS DE SON ASSIGNATION TEMPORAIRE, LE TRAVAILLEUR PEUT EFFECTUER LES TÂCHES À SON RYTHME ET FAIRE LES TRAITEMENTS PRESCRITS, SELON LES BESOINS. AINSI, NOUS VOUS INVITONS À NOUS INFORMER DE TOUTES LES RESTRICTIONS TEMPORAIRES DE VOTRE PATIENT, AFIN DE NOUS PERMETTRE DE L'ASSIGNER À TOUTES TÂCHES RESPECTANT SES LIMITATIONS.	
<input type="checkbox"/> Alternier les positions assises et debout <input type="checkbox"/> Éviter la flexion du siège de lésion vers : <input type="checkbox"/> Éviter de manutentionner des charges de plus de : <input type="checkbox"/> l'avant <input type="checkbox"/> l'arrière <input type="checkbox"/> le côté <input type="checkbox"/> 5lbs <input type="checkbox"/> 10lbs <input type="checkbox"/> 15lbs Autres : _____ <input type="checkbox"/> Peut travailler jusqu'à _____ heures/jour _____ jours/semaine <input type="checkbox"/> Autres précisions : Spécifiez : _____	
Nom de la personne qui a rédigé la description (en lettres majuscules)	Signature

**Médecin qui a charge du travailleur**

<b>D - Le médecin qui a charge du travailleur se prononce sur les trois points de l'article 179 de la LATMP (voir au verso). Une réponse positive aux trois questions suivantes permet de procéder à l'assignation temporaire.</b>			
1. Est-ce que le travailleur ou la travailleuse est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
2. Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique compte tenu de sa lésion ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
3. Ce travail est-il favorable à sa réadaptation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Commentaires			
Médecin qui a charge du travailleur (en lettres majuscules)	N° de permis	Signature	Date
			<input type="text"/>


*Les sections A, B, C et D du formulaire doivent être remplies avant de détacher les exemplaires.*

## Assignation temporaire d'un travail – Annexe

Nom : \_\_\_\_\_ peut effectuer tout travail respectant les restrictions émises.

En tout temps, lors de son assignation temporaire, le travailleur peut effectuer les tâches à son rythme et faire les traitements prescrits selon les besoins.

Ainsi, nous vous invitons à nous informer de toutes les restrictions temporaires de votre patient afin de nous permettre de l'assigner à **toutes tâches** respectant ses limitations.

ÉVITER DE : (Cochez la case appropriée)	
EFFORT	<input type="checkbox"/> Manutentionner plus haut que les épaules <input type="checkbox"/> Manutentionner plus bas que les genoux <input type="checkbox"/> Tirer ou pousser des objets ou des équipements <input type="checkbox"/> Lever, abaisser ou tourner des objets ou des équipements
POSTURES / MOUVEMENTS	<input type="checkbox"/> Torsion du siège de lésion <input type="checkbox"/> Extension du siège de lésion <input type="checkbox"/> Rotation du siège de lésion <input type="checkbox"/> Posture statique <input type="checkbox"/> Travailler dans une échelle, un escabeau, un escalier, un échafaudage <input type="checkbox"/> Marcher plus de (durée, fréquence ou distance) : _____ <input type="checkbox"/> Subir des vibrations ou des contrecoups
AUTRES	<input type="checkbox"/> Autres précisions : (durée, fréquence, intensité d'effort, posture) Spécifiez : _____ _____ _____ _____
Identifier le siège de lésion <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	
	
RECOMMANDATIONS : (Cochez la case appropriée)	
	<input type="checkbox"/> Alternier les positions assises et debout <input type="checkbox"/> Travailler en position assise <input type="checkbox"/> Avoir un appui lombaire <input type="checkbox"/> Avoir les pieds à plat ou sur le sol <input type="checkbox"/> Peut travailler jusqu'à _____ heures/jour _____ jours/semaine <input type="checkbox"/> Autres précisions : (Durée, fréquence) Spécifiez : _____ _____ _____ _____
AUTORISATION	
Date du prochain rendez-vous : _____	
Nom du médecin : _____ Date : _____	
Signature : _____ Permis : _____	