

PARTIE A : Identification (à remplir par la personne salariée)

NOM : _____ PRÉNOM : _____ MATRICULE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ N° DE TÉLÉPHONE : (_____) _____

TITRE D'EMPLOI : _____ STATUT : TC TPR TPO HORAIRE DE TRAVAIL : _____

SERVICE : (Pour les TPO lieu du remplacement au moment départ) _____

NOM DU SUPÉRIEUR : _____ N° DE TÉLÉPHONE : _____ POSTE : _____

DATE DU PREMIER JOUR D'ABSENCE PRÉVU À L'HORAIRE : _____

Est-ce qu'une demande d'indemnisation ou de rente a été déposée à l'un des organismes suivants?

NON OUI Si oui cocher ✓ la case appropriée



Indemnisation des victimes du Québec d'actes criminels (IVAC) Régie des Rentes du Québec (RRQ)

Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)

Si vous avez répondu oui, vous avez l'obligation d'informer et de transmettre une copie des documents au service de santé et sécurité et mieux-être au travail.

AUTORISATION DE LA PERSONNE SALARIÉE**

Je consens à ce que toutes correspondances provenant du service de santé, sécurité et mieux-être au travail me soient acheminées par courriel. Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'en faire le suivi.

J'accepte Je refuse Adresse courriel : _____

Je déclare les informations ci-dessus exactes et autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux ou cliniques à fournir à mon employeur ou son représentant mandaté et à son service de support conseil en assurance-salaire tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé et relatifs à l'invalidité ou à la période d'absence décrite dans la présente réclamation.

J'autorise le médecin de gestion du service de santé, sécurité et mieux-être du travail CISSSMO, le(s) médecin(s) expert(s), tout autre intervenant autorisé par le service de santé, sécurité et mieux-être du travail du CISSSMO à communiquer avec mon(mes) médecin(s) traitant(s), spécialiste(s) ou thérapeute(s) afin de leur transmettre tout renseignement pertinent se rapportant à mon dossier et relatif à l'invalidité ou la période d'absence en cours.



SIGNATURE : _____ **DATE :** _____

**** L'absence d'autorisation de la personne salariée peut entraîner un délai dans le traitement de la demande.**

**INFORMATIONS GÉNÉRALES À LA PERSONNE SALARIÉE
RÉCLAMANT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE-SALAIRE ET AU MÉDECIN TRAITANT**

DÉFINITION D'INVALIDITÉ : POUR ÊTRE ADMISSIBLE À DES PRESTATIONS D'ASSURANCE-SALAIRE, LA PERSONNE SALARIÉE DOIT DÉMONSTRER QUE SA CONDITION MÉDICALE CORRESPOND AUX TROIS CRITÈRES DE LA DÉFINITION SUIVANTE :

(CRITÈRE 1)

ÉTAT D'INCAPACITÉ RÉSULTANT D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT OU D'UNE COMPLICATION DE GROSSESSE OU D'UNE CONDITION RELATIVE À LA PLANIFICATION FAMILIALE OU D'UN DON D'ORGANE

ET (CRITÈRE 2)

QUI FAIT L'OBJET D'UN SUIVI MÉDICAL

ET (CRITÈRE 3)

QUI REND LA PERSONNE SALARIÉE **TOTALEMENT INCAPABLE** D'ACCOMPLIR LES TÂCHES HABITUELLES DE SON EMPLOI OU DE TOUT AUTRE EMPLOI ANALOGUE OFFERT PAR L'EMPLOYEUR ET COMPORTANT UNE RÉMUNÉRATION SIMILAIRE.

RÉADAPTATION EN INVALIDITÉ OU RETOUR PROGRESSIF AU TRAVAIL

UNE PERSONNE SALARIÉE PEUT, APRÈS L'APPROBATION DE L'AUTORITÉ COMPÉTENTE ET SOUS RÉSERVE DES DISPOSITIONS PRÉVUES AUX CONVENTIONS COLLECTIVES, BÉNÉFICIER D'UNE PÉRIODE DE RÉADAPTATION AUX TÂCHES HABITUELLES DE SON EMPLOI, TOUT EN CONTINUANT D'ÊTRE ASSUJETTIE AU RÉGIME D'ASSURANCE-SALAIRE.

NOTE : CE DOCUMENT AYANT SEULEMENT UN CARACTÈRE INFORMATIF, IL NE SE SUBSTITUE NI N'AJOUTE EN AUCUN CAS AUX DISPOSITIONS CONTENUES AUX CONVENTIONS COLLECTIVES EN VIGUEUR DANS LES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC.

NOM :

MATRICULE :

PARTIE B : Rapport médical (à remplir par le MÉDECIN TRAITANT)

DIAGNOSTIC

Date de la 1^{ère} consultation pour cette invalidité : _____

NATURE DE LA **MALADIE PHYSIQUE** CAUSANT CETTE INVALIDITÉ

Principal : _____

Secondaire : _____

SELON LA CLASSIFICATION MULTIAXIALE DU DSM-IV

Axe I _____
(MALADIE PSYCHIATRIQUE)

Axe II _____
(Troubles de personnalité)

Axe III _____
(Maladies physiques)

Axe IV _____
(Stresseurs)

Axe V _____
(Échelle de fonctionnement globale)

SUJVI MÉDICAL

Cette personne a-t-elle été référée à un autre **spécialiste** : NON OUI Nom et spécialité : _____

Résultat de la consultation : _____

- EXAMENS DIAGNOSTIQUES** Préciser : _____ Résultats : _____
- HOSPITALISATION** Du : _____ Au : _____
- CHIRURGIE**: Couvert RAMQ: OUI NON Préciser : _____ Date : _____
- PHYSIOTHÉRAPIE/ ERGOTHÉRAPIE** Début : _____ Fréquence : _____
- PSYCHOTHÉRAPIE** Début : _____ Fréquence : _____
- PHARMACOLOGIE** Préciser : _____ Posologie : _____
- Préciser : _____ Posologie : _____
- AUTRE** Préciser : _____

PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

- Retour au travail régulier** Date : _____
- Retour progressif dans son poste** Du : _____ Au : _____
 Modalités : _____
- Assignation temporaire** (Tâches allégées) Du : _____ Au : _____
 Modalités : _____
 Restrictions médicales : _____
- Autre préciser** : _____

ARRÊT DE TRAVAIL

Identifier les raisons médicales et /ou limitations fonctionnelles qui rendent la personne salariée totalement incapable d'occuper son emploi ou toutes autres tâches allégées offertes par l'employeur : _____

Durée approximative de l'incapacité : Nombre de semaines _____ Nombre de mois _____ Date approximative de retour: _____

S'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour son emploi ? OUI NON Date du prochain rendez-vous : _____

Si oui, avez-vous acheminé une demande à la régie des rentes du Québec - **RRQ** ? OUI NON Date : _____

Avez-vous complété des documents pour : la **SAAQ**? OUI NON l'**IVAC** ? OUI NON la **CSST**? OUI NON

NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) _____ ADRESSE _____ N° PERMIS _____

SIGNATURE DU MÉDECIN (estampille non acceptée) _____ N° de téléphone _____ DATE _____

SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN _____ N° de télécopieur _____