



DÉCLARATION DU PRATICIEN TRAITANT

SECTION 1: À remplir par l'employé(e)

Nom de famille _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Civic Général
 Riverside

Par la présente, j'autorise _____ mon praticien traitant, qui m'a prodigué des soins durant mon absence du travail du _____ au _____ à divulguer des renseignements médicaux relatifs au présent questionnaire aux Services de santé au travail, Sécurité et Mesures d'urgence afin d'expliquer mon (mes) absence(s) et de faciliter mon retour au travail.

Signature de l'employé(e): _____

Date: _____

L'Hôpital d'Ottawa offre un Programme d'aide aux employés(es) ainsi qu'un Programme de retour au travail rapide et sécuritaire afin de faciliter la réintégration au travail d'un employé(e) blessé(e) ou malade. Les renseignements fournis nous aideront à nous assurer que l'employé(e) retourne au travail le plus rapidement possible. Nous apprécierions que vous remplissiez ce formulaire sans tarder.

SECTION 2: À remplir par le praticien traitant

Information médicale générale :

- L'employé(e) prend-il(elle) des médicaments qui pourraient nuire à son jugement ou à sa capacité de faire fonctionner en toute sécurité de l'équipement au travail? Oui Non
- L'employé(e) reçoit-il(elle) un traitement d'un spécialiste? Oui Non est remis
- L'employé(e) suit-il(elle) le plan de traitement? Oui Non S/O
- De quoi se compose le plan de traitement?

- À quelle fréquence l'employé(e) vous consulte-t-il(elle)? _____
- Pendant combien de temps estimez-vous que l'employé(e) demeurera dans cet état? _____
- Quelles restrictions l'état de l'employé(e) impose-t-il(elle) à ses activités professionnelles?

PRONOSTIC D'UN RETOUR AU TRAVAIL SÉCURITAIRE

Selon votre évaluation, l'employé(e) :

- Peut retourner au travail selon des tâches et un horaire modifiés : Période du _____ au _____
 Veuillez fournir des détails concernant le plan de retour au travail, y compris les restrictions, le cas échéant, et l'horaire de travail :

- Peut retourner au travail en accomplissant ses tâches habituelles à partir de (indiquer la date) : _____
 Est incapable de retourner au travail. Date anticipée du retour au travail : _____

Veuillez fournir tout autre renseignement qui aiderait à nous assurer d'une adaptation adéquate/d'un retour au travail sécuritaire.

Notre infirmière/médecin, Santé et sécurité au travail, peut-il(elle) communiquer avec vous pour discuter de l'information mentionnée ci-dessus?

- Oui Non

Renseignements sur le praticien traitant (**écrire en majuscules**)

Nom de famille	Prénom	Spécialité		
Adresse (rue, app., ville)	Code postal	Téléphone	Courriel	Télec.
Signature			Date	

Il est à noter que ce formulaire doit être rempli et retourné promptement aux Services de santé au travail, Sécurité et Mesures d'urgence (STSMU) suivant la visite de l'employé(e) pour éviter qu'il y ait des conséquences sur les avantages de l'employé(e) relativement à son congé de maladie. L'Hôpital déboursera un maximum de 50\$ pour cette déclaration. Veuillez retourner le formulaire par télécopieur aux STSMU du campus où votre patient travaille. Au besoin, appelez les STSMU du campus spécifique.

OHS 30 (09/2010) **Campus Civic**
 1053 av. Carling
 Ottawa, Ontario K1Y 4E9
STSMU Téléc.: 761-4162,
 Tél.: 798-5555-14161

Campus Général
 501 chemin Smyth
 Ottawa, Ontario K1H 8L6
 Téléc.: 737-8912,
 Tél.: 737-8899-78391

Campus Riverside
 1967 prom. Riverside
 Ottawa, Ontario K1H 7W9
 Téléc.: 738-8260
 Tél.: 738-8400-88250