



## FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU PRATICIEN TRAITANT

Pour obtenir des prestations de congé de maladie ou justifier une absence du travail, demandez à votre médecin de remplir la section 2 du présent formulaire. L'information dans ce formulaire est essentielle pour assurer votre admissibilité aux prestations de maladie pendant votre absence du travail.

**Campus Civic**  
1053, avenue Carling  
Ottawa, ON K1Y 4E9  
Télé. : 613-761-4162  
Tél. : 613-798-5555, poste 14161

**Campus Général**  
501, chemin Smyth  
Ottawa, ON K1H 8L6  
Télé. : 613-737-8912  
Tél. : 613-737-8899, poste 78391

**Campus Riverside**  
1967, promenade Riverside  
Ottawa, ON K1H 7W9  
Télé. : 613-738-8260  
Tél. : 613-738-8400, poste 88250

Par courriel : envoyer à [SantéTravail@lho.ca](mailto:SantéTravail@lho.ca) avec en objet la mention « Confidentiel »

**Si votre maladie ou blessure est attribuable à un incident en milieu de travail, n'utilisez pas ce formulaire.**

SECTION 1 : Devant être remplie par l'employé		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Date de la blessure/maladie (AAAA/MM/JJ)		Première date d'absence (AAAA/MM/JJ)
Situation d'emploi <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Occasionnel		Nom du médecin
<p><b>Consentement de l'employé</b></p> <p>J'autorise le médecin qui m'a soigné pour ma maladie/blessure actuelle à remplir ce formulaire et à communiquer avec Santé et mieux-être au travail de L'Hôpital d'Ottawa pour apporter des éclaircissements sur mon problème de santé et ma capacité de réaliser mes tâches dans le cadre de mes fonctions. J'ai lu la politique sur le congé médical (n° 00264) et j'accepte de m'y conformer.</p> <p>J'accepte de tenir Santé et mieux-être au travail au courant de mon pronostic et de mes capacités à réaliser mes tâches dans le cadre de mes fonctions. Cette première déclaration sera <u>fournie à Santé et mieux-être au travail dans les 48 heures suivant toute évaluation médicale</u>. J'aviserai sans tarder Santé et mieux-être au travail de tout retard quant à l'obtention de l'information requise, afin de faciliter une communication continue et mon retour au travail. Je comprends que l'omission de signer ce consentement pourrait m'empêcher de recevoir des prestations de congé de maladie.</p> <p>Je donne mon consentement en sachant que le personnel de Santé et mieux-être au travail m'avisera chaque fois qu'il entend communiquer avec mon médecin au sujet de mon absence actuelle du travail et m'indiquera dans chaque cas la raison de cette communication. Je me réserve le droit de refuser que cette communication ait lieu, sachant qu'un tel refus pourrait m'empêcher de recevoir des prestations de congé de maladie.</p>		
Signature de l'employé :		Date (AAAA/MM/JJ)
SECTION 2 : Devant être remplie par le médecin traitant		
Première date d'évaluation (AAAA/MM/JJ)		Prochaine date d'évaluation, s'il y a lieu (AAAA/MM/JJ)
Nature (mais non le diagnostic) de la blessure/maladie actuelle causant l'absence du travail (maladie transmissible, blessure musculosquelettique, tension artérielle, etc.). Veuillez toutes les indiquer s'il y en a plusieurs.		
Comment êtes-vous parvenu à cette conclusion médicale (diagnostic ou évaluations objectives)?		
S'agit-il d'une intervention assurée par la Province? P. ex. : OHIP <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
S'agit-il d'une intervention dentaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, est-elle nécessaire sur le plan médical? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
L'employé a-t-il une incapacité totale (conformément au régime d'assurance-invalidité des hôpitaux de l'Ontario [HOODIP]) attribuable à une maladie/blessure causée par l'exécution de ses fonctions professionnelles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
L'employé peut-il reprendre ses fonctions habituelles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, quelle est la date de son retour au travail? (AAAA/MM/JJ) : _____		

L'employé s'est-il déjà absenté du travail pour ce trouble ou un trouble similaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
L'employé participe-t-il activement au plan de traitement recommandé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Veuillez indiquer le type et la fréquence du traitement :						
L'employé suit-il un traitement qui pourrait entraver son jugement ou nuire à sa capacité de travailler en toute sécurité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
<b>L'Hôpital d'Ottawa offre un programme de travail modifié qui favorise le retour au travail de l'employé en toute sécurité (retour progressif au travail, fonctions modifiées, etc.).</b> (Remarque : Au besoin, des travailleurs supplémentaires peuvent appuyer l'employé nécessitant un travail modifié.)						
Si l'employé ne peut pas recommencer à faire toutes ses tâches, peut-il retourner au travail avec des restrictions ou des fonctions modifiées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez remplir la section 3.						
Quelle est la durée prévue des :  fonctions/heures modifiées? _____  restrictions? _____						
<b>SECTION 3 Devant être remplie par le médecin traitant</b>						
<b>CAPACITÉS PHYSIQUES</b>		<b>&lt;1 h.</b>	<b>1-2 h.</b>	<b>2-4 h.</b>	<b>5-6 h.</b>	<b>&gt;6 h.</b>
Être assis	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être debout	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter des escaliers	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/> Pas de flexion avant soutenue	<input type="checkbox"/> Pas d'extension du bras	<input type="checkbox"/> Ne pas se pencher ni faire de torsion	<input type="checkbox"/> Aucune utilisation répétitive ou soutenue de la/du :	<input type="checkbox"/> Aucun travail sous la taille
Pousser/tirer (kg)	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/> Ne rien pousser	<input type="checkbox"/> Ne rien tirer			
Soulever/abaisser (kg)	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/> Ne rien soulever/abaisser	<input type="checkbox"/> <5	<input type="checkbox"/> 5-10	<input type="checkbox"/> 11-20	<input type="checkbox"/> >20
<b>CAPACITÉS COGNITIVES</b> Veuillez commenter s'il y a lieu.						

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

L'information aidera l'employé à retourner au travail dès que possible. Ses prestations de congé de maladie lui seront payables dès que Santé et mieux-être au travail aura reçu et approuvé le présent formulaire.

Nom du médecin traitant	Date (AAAA/MM/JJ)	Signature
Numéro de permis	Télécopieur	Téléphone
Adresse		

**Remarque : L'employé doit régler tous frais exigés pour remplir ce formulaire. L'Hôpital lui remboursera par la suite les frais déboursés conformément à la politique sur le congé médical.**