The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

Programme de soutien des présences – Formulaire d'exclusion

Renseignements sur l'employé	
Nom :	Département ou service :
N° d'identification de l'employé :	Titre du poste :

Docteur, Docteure,

Le Programme de soutien des présences de L'Hôpital d'Ottawa a pour objet de réduire l'absentéisme excessif au travail et de résoudre le problème en offrant aux employés les mesures de soutien nécessaires à leur santé et à leur mieux-être. Tout employé inscrit au programme a dépassé les seuils d'absentéisme de 90 heures ou de 8 congés, pour les employés à temps plein, ou de 60 heures ou de 6 congés, pour les employés à temps partiel, par période de 12 mois. Cependant, pour les absences en raison de certains problèmes de santé, l'employé peut être exclu de ce programme. Votre patient a indiqué que certaines de ses absences pour maladie pourraient justifier son exclusion du programme. **Pour déterminer si c'est le cas, nous avons besoin de plus de renseignements (voir la deuxième page du présent document).**

Veuillez nous retourner le formulaire dûment rempli, portant la mention « Confidentiel », par télécopieur au :

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

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

Campus Riverside
1967, prom. Riverside
Ottawa, ON K1H 7W9
Téléc. : 613-738-8260
Tél. : 613-738-8400, poste 88250

ou par courriel à SantéTravail@lho.ca.

Section A – Autorisation du patient (à remplir par l'employé)

J'autorise mon professionnel de la santé qualifié _____ à fournir à Santé et mieux-être au travail de l'information sur ma maladie et mon incapacité à travailler en remplissant la section B du présent formulaire. Je comprends qu'une demande d'exclusion est à titre volontaire. Je comprends également que L'Hôpital d'Ottawa utilisera mes renseignements pour déterminer mon admissibilité à l'exclusion du Programme de soutien des présences et que mes renseignements personnels sur la santé demeureront privés et confidentiels.

(Nom)

Signature de l'employé : _____ Date : _____

JJ/MM/AA

The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

Section B – Professionnel de la santé traitant

Veuillez cocher le type d'absence pour laquelle votre patient pourrait être exclu du programme :

☐ **L'une des maladies transmissible ci-dessous (uniquement) :**

- Varicelle aiguë ou zona disséminé
- Conjonctivite (adénovirale ou bactérienne)
- Fièvre de 38,5°C ou plus
- Panaris herpétique
- Grippe (soupçonnée ou diagnostiquée)
- Poux
- Infection streptococcique du groupe A (dont la pharyngite streptococcique, l'impétigo ou la pyodermite)
- Rougeole, oreillons ou rubéole
- Méningococcie (méningococcémie, méningite à méningocoques ou pneumonie méningococcique)
- Coqueluche
- Infection entérique bactérienne probable causant de la diarrhée ou des vomissements (deux incidents ou plus en 24 heures)
- Gale

Dates de l'incapacité totale : du _____ (JJ/MM/AA) au _____ (JJ/MM/AA)

☐ **Un programme de traitement continu débilitant pendant ou après sa durée :**

Date(s) d'incapacité totale : du _____ (JJ/MM/AA) au _____ (JJ/MM/AA)

Absence habituelle ou raisonnable du travail : _____ jours par mois OU _____ jours par année

☐ **Un événement catastrophique causant directement une déficience marquée ou extrême affectant les activités de la vie quotidienne et nécessitant les soins du médecin pendant l'absence de l'employé :**

Date(s) d'incapacité totale : du _____ (JJ/MM/AA) au _____ (JJ/MM/AA)

☐ **Intervention chirurgicale nécessaire sur le plan médical :**

Date(s) d'incapacité totale : du _____ (JJ/MM/AA) au _____ (JJ/MM/AA)

Je confirme qu'au meilleur de mes connaissances et de mon expertise, l'information ci-dessus est conforme à mes dossiers et définit l'incapacité de mon patient de se présenter au travail pour la durée indiquée.

Signature du médecin : _____ Date : _____ (JJ/MM/AA)

Nom en lettre moulées : _____ N° de téléphone : _____