The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

Trouble chronique – 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 troubles chroniques graves, 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).**

La politique sur le congé médical stipule qu'un **trouble de santé grave** est une maladie qui :

- est de longue durée
- évolue lentement
- peut avoir un résultat dangereux
- a été suivie ou évaluée par un spécialiste
- nuit de manière importante à l'accomplissement des fonctions du poste.

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.

The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

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

Section B – Professionnel de la santé traitant

Veuillez répondre aux questions ci-dessous pour nous aider à étudier la demande de l'employé :

1. En vous fiant aux critères ci-dessus, votre patient a-t-il un trouble chronique grave?

   ☐ Oui Quelle est la nature de ce trouble? _____

   ☐ Non

2. L'employé est-il suivi par un spécialiste?

   ☐ Oui

   ☐ Non

3. Quel est l'état médical actuel du patient?

   ☐ Stable, sans autre amélioration attendue

   ☐ Stable et susceptible de s'améliorer

   ☐ Stable et susceptible de se détériorer

   ☐ Instable et nécessite d'autres traitements

4. **Si** l'état du patient est susceptible de se détériorer, à quoi cette détérioration serait-elle due?

   ☐ Progression naturelle des symptômes

   ☐ Troubles médicaux comorbides

   ☐ Non-observance des traitements recommandés

   ☐ Autre : _____

The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

5. À quelles dates votre patient a-t-il été dans l'impossibilité de se présenter au travail à cause de ce diagnostic?

_____

6. Quelles restrictions ou limitations permettraient à l'employé de se présenter au travail en cas de poussée active ou de progression naturelle de sa maladie?

_____

7. À quelle fréquence la présence de l'employé au travail serait-elle touchée?

   Fréquence estimée par mois : _____ **OU** Fréquence estimée par année : _____

8. Quelle est la durée approximative (en jours) d'une absence causée par ce trouble chronique?

   Nombre estimé de jours par congé : _____

9. La présence de l'employé au travail devrait-elle :

   ☐ S'améliorer? Si oui, quand : _____

   ☐ Demeurer stable?

   ☐ Empirer? Si oui, veuillez expliquer : _____

10. Y a-t-il autre chose qui aiderait l'employé à se présenter au travail de façon régulière?

_____

_____

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 : _____