The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ TRAITANT

Pour obtenir des prestations de congé de maladie ou justifier une absence du travail, demandez au professionnel de la santé qui vous soigne de remplir les sections 2 et 3 du présent formulaire.

L'information demandée est essentielle pour votre admissibilité aux prestations de maladie pendant votre absence. Vous devez tenir Santé et mieux-être au travail au courant de votre pronostic et de vos capacités à réaliser les tâches associées à vos fonctions. Cette première déclaration doit être fournie à Santé et mieux-être au travail dans les meilleurs délais, idéalement dans les 48 heures suivant toute évaluation médicale. Veuillez aviser 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 votre retour au travail.

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

SECTION 1 : À remplir par l'employé

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Date de la blessure/maladie (aaaa/mm/jj)	Situation d'emploi ❑ Temps plein ❑ Temps partie ❑ Occasionnel

Nom du professionnel de la santé traitant

Consentement de l'employé

J'autorise le professionnel de la santé qui m'a soigné pour ma maladie/blessure actuelle à remplir ce formulaire. J'ai lu la politique (nº 00264) sur le congé médical et j'accepte de m'y conformer. **Je comprends que l'omission de signer ce consentement pourrait m'empêcher de recevoir des prestations de congé de maladie.**

Signature de l'employé	Date (aaaa/mm/jj)

SECTION 2 : À remplir dûment par le professionnel de la santé traitant (autrement, le formulaire sera rejeté)

Première date d'évaluation (aaaa/mm/jj)	Première date d'absence (aaaa/mm/jj)	Prochaine date d'évaluation, s'il y a lieu (aaaa/mm/jj)

1. Veuillez préciser la nature (mais non le diagnostic) de chaque blessure/maladie actuelle causant l'absence du travail (maladie transmissible, blessure musculosquelettique, tension artérielle, etc.).

   _____

2. Veuillez préciser le type et la fréquence du traitement : _____

   _____

   a) L'employé participe-t-il activement au plan de traitement recommandé? ❑ Oui ❑ Non
   b) Un suivi est-il exigé ou prévu dans le cadre du plan de traitement? ❑ Oui ❑ Non

3. L'employé suit-il un traitement qui pourrait entraver son jugement ou nuire à sa capacité de travailler en toute sécurité? ❑ Oui ❑ Non

4. 4. Les renseignements fournis sont-ils basés sur un examen en personne du patient et sur des analyses effectuées ou des outils d'évaluation utilisés? ❑ Oui ❑ Non

5. L'employé s'est-il déjà absenté du travail pour ce trouble ou un trouble similaire? ❑ Oui ❑ Non❑ Ne sait pas

6. Selon votre évaluation, quelle est la date prévue de retour au travail avec ou sans restrictions médicales imposées : (aaaa/mm/jj) _____. Veuillez remplir la section 3 ci-après.

7. S'agit-il d'une intervention assurée par la Province? (Ex: OHIP ou RAMQ) ❑ Oui ❑ Non ❑ S.O.

© The Ottawa Hospital–L'Hôpital d'Ottawa

SECTION 3 : À remplir dûment par le professionnel de la santé traitant (autrement le formulaire sera rejeté)

L'Hôpital d'Ottawa offre un programme de travail modifié qui favorise le retour au travail de l'employé en toute sécurité (retour progressif, fonctions modifiées, soutien additionnel).

CAPACITÉS PHYSIQUES			<1 hr	1-2 hrs	2-4 hrs	5-6 hrs	>6 hrs
Être assis	❑ Pleines capacités	❑ Aucune capacité	❑	❑	❑	❑	❑
Être debout	❑ Pleines capacités	❑ Aucune capacité	❑	❑	❑	❑	❑
Marcher	❑ Pleines capacités	❑ Aucune capacité	❑	❑	❑	❑	❑
Monter des escaliers	❑ Pleines capacités	❑ Aucune capacité	❑	❑	❑	❑	❑
Mouvements	❑ Pleines capacités		❑ Pas de flexion avant soutenue	❑ Pas d'extension du bras	❑ Ne pas se pencher ni faire de torsion	❑ Aucune utilisation répétitive ou soutenue de la/du :	❑ Aucun travail sous la taille
Pousser/tirer (kg)	❑ Pleines capacités		❑ Ne rien pousser	❑ Ne rien tirer			
Soulever/abaisser (kg)	❑ Pleines capacités		❑ Ne rien soulever/ abaisser	❑ <5	❑ 5-10	❑ 11-20	❑ 11-20

RESTRICTIONS COGNITIVES IMPOSÉES
Veuillez commenter s'il y a lieu

Veuillez indiquer la durée prévue des restrictions médicales énumérées ci-dessus : (aaaa/mm/jj) - (aaaa/mm/jj)

AUTRES COMMENTAIRES

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

L'information que vous nous fournissez 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	Signature	Date (aaaa/mm/jj)

Numéro de permis	Télécopieur	Téléphone

Adresse

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

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

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

Par courriel : envoyer à SantéTravail@lho.ca avec en objet la mention « Confidentiel »

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

© The Ottawa Hospital–L'Hôpital d'Ottawa