

Demande d'exclusion du Programme de soutien des présences

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

À l'intention du professionnel de la santé traitant :

Le Programme de soutien des présences de L'Hôpital d'Ottawa vise à réduire l'absentéisme excessif et à résoudre le problème en cause en proposant des mesures de soutien qui favorisent la santé et le mieux-être du personnel.

Un employé est inscrit au Programme lorsqu'il dépasse le seuil d'absentéisme déterminé (soit 90 heures ou 8 occurrences s'il travaille à temps plein, soit 60 heures ou 6 occurrences s'il travaille à temps partiel, et ce, par période de 12 mois).

Cependant, un employé qui s'absente en raison de certains problèmes de santé peut être exclu du Programme. Votre patient a indiqué que certaines de ses absences pour maladie pourraient justifier son exclusion du Programme. **Pour nous aider à déterminer si c'est le cas, nous vous demandons de remplir le formulaire à la page suivante afin de nous fournir davantage de renseignements.**

Nous vous prions de nous retourner le formulaire dûment rempli, portant la mention « Confidentiel », par courriel à occupationalhealth@toh.ca ou par télécopieur à l'un des numéros suivants :

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

Merci de votre collaboration.



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

J'autorise mon professionnel de la santé qualifié, _____, à renseigner le Service
(Nom)
de santé et mieux-être au travail sur ma maladie et mon incapacité à travailler en remplissant la section B du
présent formulaire. Je demande volontairement à être exclu du Programme de soutien des présences de
L'Hôpital d'Ottawa. Je comprends que L'Hôpital d'Ottawa utilisera mes renseignements pour déterminer mon
admissibilité à être exclu du Programme de soutien des présences et que mes renseignements personnels sur
la santé demeureront privés et confidentiels.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

JJ/MM/AAAA

Section B – Professionnel de la santé traitant

Veuillez cocher le motif de l'absence en cause :

- ☐ **Une des maladies transmissibles suivantes seulement** (selon les lignes directrices modifiées de
l'Association des hôpitaux de l'Ontario) :
- varicelle aiguë ou zona disséminé
 - conjonctivite (adénovirale ou bactérienne)
 - fièvre de 38 °C ou plus associée à une maladie transmissible
 - panaris herpétique
 - grippe (soupçonnée ou diagnostiquée)
 - infection streptococcique du groupe A (p. ex. pharyngite streptococcique, impétigo, pyodermite)
 - rougeole, oreillons ou rubéole
 - méningococcie (méningococcémie, méningite à méningocoques ou pneumonie méningococcique)
 - coqueluche
 - infection entérique bactérienne probable causant diarrhée/vomissements (au moins 2 épisodes en
24 heures)
 - gale

Date(s) de l'incapacité totale : du _____ au _____
JJ/MM/AAAA (JJ/MM/AAAA)

- ☐ **Un programme de traitement intense continu qui empêche l'employé d'effectuer ses activités
quotidiennes pendant ou après sa durée**

Date(s) de l'incapacité totale : du _____ au _____
JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA

Nombre d'absences prévu ou raisonnable : _____ jours par mois **OU** _____ jours par année.



- ☐ **Un événement catastrophique qui a directement causé une déficience importante/extrême affectant les activités de la vie quotidienne et nécessitant des soins médicaux pendant l'absence de l'employé**

Date(s) de l'incapacité totale : du _____ au _____
JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA

- ☐ **Une intervention chirurgicale nécessaire sur le plan médical**

Date(s) de l'incapacité totale : du _____ au _____
JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA

- ☐ **Une poussée de la maladie chronique et continue qui a déjà été documentée et approuvée par le Service de santé et mieux-être au travail de L'Hôpital d'Ottawa**

Date(s) de l'incapacité totale : du _____ au _____
JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA

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

Signature du professionnel de la santé : _____ Date : _____
JJ/MM/AAAA

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