



Demande d'exclusion du Programme de soutien des présences en raison d'un problème de santé chronique grave

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

À l'intention du médecin 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 chroniques graves peut être exclu du 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 vous demandons de remplir le formulaire à la page suivante pour nous fournir davantage de renseignements.**

Un **problème de santé chronique grave** est une maladie qui correspond à tous les critères suivants :

- maladie de longue durée
- maladie qui évolue lentement
- maladie qui est prise en charge par un médecin spécialiste
- maladie qui entrave considérablement la capacité de travailler.

Veillez 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



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

J'autorise mon professionnel de la santé qualifié, _____, à renseigner le Service 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 d'être exclu du Programme de soutien des présences. Je comprends que L'Hôpital d'Ottawa utilisera mes renseignements pour déterminer mon admissibilité à être exclu du Programme 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 répondre aux questions suivantes pour nous aider à étudier la demande de l'employé.

1. En vous fiant aux critères énumérés à la page précédente, votre patient a-t-il un problème de santé chronique grave?
 Oui Quelle est la nature de ce problème? _____
 Non
2. Un médecin spécialiste participe-t-il aux soins de l'employé pour le problème chronique grave?
 Oui
 Non
3. Quel est l'état de santé actuel du patient?
 Stable, sans autre amélioration attendue
 Stable et susceptible de s'améliorer
 Stable et susceptible de se détériorer
 Instable et nécessitant 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
 Problèmes de santé comorbides
 Non-observance des traitements recommandés
 Autre : _____



5. Précisez les dates au cours de la dernière année où vous avez évalué le patient pour ce problème de santé :

6. Quels changements ou ajouts ont-ils été apportés au plan de traitement dans la dernière année?

7. Quelles restrictions ou limitations pourrait-on mettre en place pour permettre à l'employé de se présenter au travail en cas de poussée active ou de progression naturelle de sa maladie?

8. (A) Quelle est la fréquence estimée des absences de l'employé au travail en raison de son problème de santé chronique grave?

(Donnez votre estimation la plus probable, car nous devons comprendre l'effet sur l'assiduité de l'employé.)

Nombre estimé d'absences par année : _____

(B) Quelle est la durée approximative (en jours) de chaque absence?

Nombre estimé de jours par congé : _____

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

S'améliorer? Si oui, quand : _____

Demeurer stable?

Se détériorer? 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 fournie ci-dessus est conforme à mes dossiers et définit bien l'incapacité de mon patient à se présenter au travail ainsi que le pronostic de sa maladie.

Signature du médecin : _____ Date : _____

JJ/MM/AAAA

Nom : _____ N° de tél. : _____

LETTRES MOULÉES