

# F-2 FORMULAIRE D'ASSIGNATION TEMPORAIRE



En vertu de l'article 179 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (voir texte ci-dessous)

L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou un emploi convenable même si sa lésion n'est pas consolidée, si le médecin qui a charge du travailleur croit que le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail qui est favorable à sa réadaptation et que ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion.

Nom de l'employé(e) :	Profession :
CPE :	N.A.S. :
Médecin désigné de l'entreprise :	<b>Dr François LeBire</b>

## À L'USAGE DU MÉDECIN TRAITANT

Diagnostic(s) \_\_\_\_\_  
 Traitement(s) \_\_\_\_\_

### ÉVALUATION DU MÉDECIN TRAITANT

Après avoir évalué médicalement la personne nommée plus haut, je considère qu' :

- Elle peut retourner à sa tâche régulière ;
- Elle peut reprendre sa fonction régulière mais dans un **travail léger** avec la ou les limitations fonctionnelles suivantes; ainsi, cette personne ne peut:
  - Faire un travail qu'en position assise seulement
  - Soulever des poids de plus de \_\_\_\_\_ Kg
  - Faire des torsions répétées
  - Faire aucun effort physique excessif
  - Marcher ou se tenir debout continuellement
  - Demeurer en posture statique
  - Travailler plus de \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - Se courber fréquemment
  - Porter, pousser, tirer plus de \_\_\_\_\_ Kg
  - Effectuer des mouvements répétitifs
  - Autres (précisez ci-dessous) \_\_\_\_\_

Ces restrictions sont  permanentes ou  temporaires jusqu'au (date) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Elle ne peut retourner à sa fonction régulière; par contre, je consens à ce que cette personne soit **assignée temporairement** à un travail adapté tel que proposé ci-dessous avec la ou les limitations précisée(s) ci-dessus:
  - Cocher les tâches possibles en assignation temporaire sur la liste ci-jointe en tenant compte du poste de l'employé(e) accidenté(e). De plus, si une tâche d'une autre section peut s'appliquer, cocher celle-ci.
  - Autres (descriptions) \_\_\_\_\_

- Elle doit être retirée du travail immédiatement, et ceci, selon les modalités de l'attestation médicale ci-jointe.
  - je consens à ce que le médecin désigné de l'employeur communique avec moi pour valider le motif de mon refus de l'assignation temporaire proposée.

1. Est-ce que le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail ?  oui  non
2. Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique compte tenu de sa lésion ?  oui  non
3. Ce travail est-il favorable à sa réadaptation ?  oui  non

Date de la prochaine visite : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom du médecin (en lettres moulées) :	Téléphone ( ) -	Télécopieur ( ) -
---------------------------------------	--------------------	----------------------

Signature du médecin : \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**\*\* Nous désirons vous informer que le présent document a été préparé en vertu du programme d'assignation temporaire de la CSST. La facture doit donc être transmise directement à la RAMQ en utilisant le code 9971**