

ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

Loi sur les accidents de travail - Article 179

L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle ou d'un accident de travail peut assigner temporairement un travail à ce dernier en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi régulier. Pour ce faire, le médecin doit accepter les modifications des tâches de travail.

EMPLOYEUR

A- Identification du travailleur ou de la travailleuse (par l'employeur)			
Nom et Prénom		No dossier CSST :	
Adresse		No Téléphone:	
Date de l'évènement	Emploi occupé au moment de la lésion	NAS	No ass. maladie
AAAA	MM	JJ	

B - Identification de l'employeur (par l'employeur)	
	Nom de la personne qui peut fournir des renseignements:
	Monia Gagné <i>Adjointe aux ressources humaines, bureau chef</i>
Nom et adresse de l'établissement où est prévue l'assignation temporaire:	No dossier d'expérience:
<u>ou</u>	Téléphone: 1-800-463-8847

C - Nature de l'assignation temporaire offerte par l'employeur (À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN)			
TRAVAUX PROPOSÉS:			
1. Travail de bureau (photocopie, classement, saisie de données, ect.)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Date du début de l'assignation:
2. Vérification de formulaires administratifs et cliniques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
3. Agir comme 3e paramédic sur son horaire régulier	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	AAAA / MM / JJ
4. Activités de sensibilisation (conférence, présenter un véh. amb. pour écoles/garderies)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
5. Activités de prévention: identifier les risques dans le milieu de travail	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Au:
6. Activités de formation (par vidéo, par informatique)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
7. Inventaire matériel dans la réserve médicale et véhicules ambulanciers	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
8. Petits travaux de manutention (ranger les commandes)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
9. Assister le formateur interne	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	AAAA / MM / JJ
10. Agir comme commissionnaire (aller chercher des documents dans les points de service)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

DESCRIPTION: (veuillez préciser)

L'employeur propose: **position selon la tolérance (assis, debout, en alternance)**

Position corporelle à éviter: _____

Mouvement à éviter: _____

Poids maximal à soulever: _____

HORAIRE T. COMPLET: 80 heures par quinzaine, du lundi au vendredi (en cas de 3e paramédic sur horaire régulier)

HORAIRE T. PARTIEL: selon la moyenne d'heures travaillées des 52 dernières semaines: lundi au vendredi (en cas de 3e paramédic sur horaire variable)

[Veuillez donner d'autres conditions qui seront respectées par l'employeur pour fin d'acceptation de la présente demande:](#)
(Si nécessaire et spécifiez svp)

MÉDECIN QUI A CHARGE DU TRAVAILLEUR OU DE LA TRAVAILLEUSE			
D - Le médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse se prononce sur les trois points de l'article 179 de la LATMP; une réponse positive aux trois questions suivantes permet de procéder à l'assignation temporaire:			
1 - Est-ce que le travailleur ou la travailleuse est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
2 - Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique compte tenu de sa lésion ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
3 - Ce travail est-il favorable à sa réadaptation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Commentaires:			
Nom du médecin (en lettres majuscules)	Signature	No corporation	Date
			AAAA / MM / JJ