



Service des ressources humaines

Commission scolaire • Région-de-Sherbrooke

2955, boulevard de l'Université, Sherbrooke (Québec) J1K 2Y3  
Téléphone : 819 822-5540 Télécopieur : 819 822-6880 csrs.qc.ca

# Recommandation d'assignation temporaire

Nom de l'employé(e) :

Matricule :

Accident :

Date :

Initiale

Réévaluation

En vertu de l'article 179 de la loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles, en tant qu'employeur, nous pouvons assigner temporairement un travail à notre employé(e) victime d'une lésion professionnelle, en attendant qu'il – elle redeviene capable d'exercer son emploi régulier, ou devienne capable d'exercer un emploi convenable, si vous, le médecin traitant, croyez que :

A) L'employé (e) est raisonnablement en mesure d'accomplir un travail compatible avec vos recommandations ;

B) Ce travail est convenable à la réadaptation de l'employé(e) ;

C) Ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique de l'employé(e) compte tenu de sa lésion.

## A Évaluation de la capacité au travail

Apte à poursuivre son travail

Apte au travail avec assignation temporaire

les restrictions décrites à la section B durée de l'assignation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

N'est pas apte au travail : arrêt : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Réévaluation le : \_\_\_\_\_  physiothérapie  ergothérapie

## B Cocher limitation(s) et indiquer le degré de restriction

L'employé(e) ne peut :

Se tenir	<input type="checkbox"/> debout	<input type="checkbox"/> assis	<input type="checkbox"/> accroupi	pas plus de : _____
Soulever ou manipuler d'objets	poids : pas plus de : _____ kilogrammes			
Effectuer : rotations, flexions ou extension	<input type="checkbox"/> colonne cervicale	<input type="checkbox"/> colonne lombaire	<input type="checkbox"/> interdit	pas plus de : ____ fois/heure
Travailler avec le bras au-dessus des épaules	<input type="checkbox"/> bras droit	<input type="checkbox"/> bras gauche	<input type="checkbox"/> interdit	pas plus de : ____ fois/heure
Poignet – main <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> flexions, extensions	<input type="checkbox"/> pronation, supination	<input type="checkbox"/> visser, dévisser	pas plus de : ____ fois/heure
	<input type="checkbox"/> interdit	<input type="checkbox"/> mouvements fins des doigts	<input type="checkbox"/> tenir ou serrer	
Subir des vibrations	<input type="checkbox"/> colonne	<input type="checkbox"/> membre supérieur	<input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> gauche
Monter des escaliers/ monter dans un échelle	<input type="checkbox"/> interdit	pas plus de : _____		<input type="checkbox"/> marche <input type="checkbox"/> échelons
Être en contact avec	<input type="checkbox"/> poussière	<input type="checkbox"/> vapeur	Spécifier : _____	
	<input type="checkbox"/> fumée	<input type="checkbox"/> produit irritant		
Être exposé au froid				
Travailler avec objets contondants ou coupants				
Travailler en hauteur				
Effectuer un travail irrégulier ou stressant				
Autres : spécifier				

Date : \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_

Lieu de l'assignation : \_\_\_\_\_

Autorisé par : \_\_\_\_\_

Assignation :  Acceptée  Refusée Date \_\_\_\_\_

Document à remettre au Service des ressources humaines

SRH-015-07-10