

**SECTIONS DE L'EMPLOYEUR (A, B, C, D, E ET F)**

**A - Renseignements sur le travailleur**

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° de dossier du travailleur	<input type="text"/>
N° d'assurance maladie		<input type="text"/>	
Date de l'événement d'origine	<input type="text"/>	Date de la récidence, rechute ou aggravation	<input type="text"/>
Emploi occupé au moment de la lésion	Téléphone	Téléphone (autre)	

**B - Renseignements sur l'employeur**

Nom de l'employeur (raison sociale)	N° de dossier d'expérience		
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur			
N°, rue, bureau	Téléphone de l'établissement	Poste	
Ville, province, pays	Code postal		<input type="text"/>
Nom et adresse de l'établissement où est prévue l'assignation temporaire			
Nom de la personne à joindre	Téléphone de la personne à joindre	Poste	

**C - Nature du travail assigné temporairement (Première proposition)**

Titre de l'emploi proposé	Durée prévue de l'assignation temporaire	
	Du <input type="text"/>	Au <input type="text"/>
Description du travail et des tâches proposés		

Précisions si l'horaire diffère de celui prévu au contrat de travail (ex. nombre d'heures travaillées, nombre de jours par semaine, jours consécutifs ou non)

**D - Nature du travail assigné temporairement (Deuxième proposition, s'il y a lieu)**

Titre de l'emploi proposé	Durée prévue de l'assignation temporaire	
	Du <input type="text"/>	Au <input type="text"/>
Description du travail et des tâches proposés		

Précisions si l'horaire diffère de celui prévu au contrat de travail (ex. nombre d'heures travaillées, nombre de jours par semaine, jours consécutifs ou non)

**E - Versement du salaire au travailleur**

Le nombre d'heures travaillées lors de cette assignation temporaire sera-t-il le même que celui habituellement fourni par le travailleur ?

**Oui :** L'employeur verse au travailleur le salaire et les avantages liés à son emploi dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer.

**Non :** L'employeur choisit une option salariale pour l'assignation temporaire à temps réduit.

**Option salariale 1 :** L'employeur verse au travailleur le salaire et les avantages liés à son emploi dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer. Si l'employeur choisit cette option, il peut, dans les 90 jours suivant la fin d'une période de paie, faire parvenir à la CNESST une déclaration des heures travaillées par le travailleur afin d'obtenir un remboursement correspondant au salaire net versé pour les heures payées mais non travaillées.

**Option salariale 2 :** L'employeur verse au travailleur le salaire et les avantages liés à son emploi dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer, mais uniquement pour les heures de travail que comporte l'assignation temporaire.

*Note : L'employeur peut demander de modifier l'option choisie qu'une seule fois pour une même assignation temporaire.*

Nom de la personne (en lettres majuscules) qui a choisi l'option salariale.

**F - Signature**

Nom de l'employeur ou de son représentant (en lettres majuscules)

Signature

Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

**SECTIONS DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (G, H, I ET J)**

Un Guide d'utilisation des formulaires médicaux est disponible sur le site Web de la CNESST pour remplir les sections réservées au professionnel de la santé.

**G - Limitations fonctionnelles temporaires physiques ou psychiques du travailleur qui résultent de la lésion**

Le professionnel de la santé se prononce sur les limitations fonctionnelles temporaires du travailleur.

**Renseignements sur les limitations fonctionnelles temporaires**

*Quelles sont les limitations fonctionnelles temporaires de la lésion physique du travailleur ou de sa lésion psychique ?*

Indiquer ce que le travailleur ne peut effectuer lors de son assignation temporaire. Des exemples de limitations fonctionnelles temporaires physiques et psychiques sont disponibles au verso du formulaire.

**H - Validation de la première proposition d'assignation temporaire (voir la section C)**

Le professionnel de la santé doit se prononcer 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 décrite à la section C.

**Travail proposé**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Est-ce que le travailleur 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 et psychique, 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 |

Lorsque vous avez coché non à au moins une case, veuillez remplir la section **Commentaires** ci-dessous.

**Commentaires**

Quelle limitation fonctionnelle temporaire n'est pas respectée par l'assignation temporaire proposée, et en quoi ?

**I - Validation de la deuxième proposition d'assignation temporaire (lorsque la première proposition n'est pas autorisée) (voir la section D)**

Si la première proposition n'est pas autorisée, le professionnel de la santé doit se prononcer sur les trois points de l'article 179 de la LATMP pour la deuxième proposition d'assignation temporaire.

Une réponse positive aux trois questions suivantes permet de procéder à l'assignation temporaire décrite à la section D.

**Travail proposé**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Est-ce que le travailleur 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 et psychique, 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 |

Lorsque vous avez coché non à au moins une case, veuillez remplir la section **Commentaires** ci-dessous.

**Commentaires**

Quelle limitation fonctionnelle temporaire n'est pas respectée par l'assignation temporaire proposée, et en quoi ?

**J - Signature**

Nom du professionnel de la santé (en lettres majuscules)	N° de permis	Signature	Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--------------	-----------	---

## Directives concernant la détermination des limitations fonctionnelles temporaires

**Rappel :** L'assignation temporaire de travail doit être une activité productive qui concourt directement aux fins de l'entreprise. Le travail peut être accompli à temps plein ou à temps réduit. Il peut aussi s'agir du même emploi dont on aura allégé l'horaire, diminué la charge et l'intensité, ralenti le rythme et éliminé certaines tâches.

**Détermination des limitations fonctionnelles temporaires :** Les limitations fonctionnelles temporaires déterminées dans le cadre de l'assignation temporaire ne sont pas des limitations qui deviendront permanentes, le cas échéant. Ce sont des limitations qui peuvent fluctuer selon l'évolution de la lésion professionnelle. Elles encadrent le retour dans le milieu de travail et permettent la réactivation du travailleur afin d'éviter la chronicité de la lésion. Il est possible que le travailleur ne conserve aucune limitation fonctionnelle une fois sa lésion professionnelle consolidée ou qu'il en conserve des différentes. Le professionnel de la santé choisit d'émettre celles qu'il juge nécessaires au moment où il remplit le formulaire.

Membres supérieurs (épaule, bras, coude, avant-bras, poignet, main)

- Éviter de travailler avec les bras au-dessus de la hauteur des épaules
- Éviter d'effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de l'articulation en cause
- Éviter d'effectuer des mouvements complets de flexion, d'extension, de rotation de l'articulation en cause
- Éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente des mouvements, comme soulever, porter, tirer, pousser des charges supérieures à \_\_\_\_\_ kg
- Éviter l'exposition des mains au froid (ex. : syndrome de Raynaud)

Colonne (cervicale, dorsale, lombaire)

- Éviter d'effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion au niveau du segment en cause
- Éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente des mouvements, comme de soulever, porter, tirer, pousser des charges supérieures à \_\_\_\_\_ kg
- Éviter les vibrations à basse fréquence et les contrecoups
- Éviter de garder la même posture (debout, assis) plus de \_\_\_\_\_ minutes

Membres inférieurs (bassin, hanche, cuisse, genou, jambe, cheville, pied)

- Éviter de marcher sur une surface accidentée ou instable
- Éviter de travailler dans des situations instables (échafaudage, échelle, escalier)
- Éviter d'effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents nécessitant la force de l'articulation en cause (ex. : actionner des pédales)
- Éviter de travailler en position accroupie ou à genoux

Il est aussi possible de fournir des précisions sur les conditions environnantes (humidité, froid, chaleur, travail à l'extérieur, etc.).

**Exemples de limitations fonctionnelles psychiques**

- Éviter des activités qui demandent de la concentration soutenue
- Éviter d'être en contact avec \_\_\_\_\_ (agent stressueur)