





## PROPOSITION D'ASSIGNATION TEMPORAIRE DE TRAVAIL pour une personne atteinte au COUDE

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ Siège de la lésion : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Tâches proposées : \_\_\_\_\_

Description des tâches proposées : \_\_\_\_\_

Avec la participation de l'employé(e), nous avons passé en revue les exigences des tâches proposées à l'égard du coude en utilisant la grille « *Estimation des exigences physiques du travail pour une personne atteinte au coude* ». En voici le résultat :

Exigences		Estimation des exigences physiques				Si autre que faibles ou absentes, précisez les caractéristiques des exigences (ex.: durée, fréquence, intensité) et les modifications apportées
		Absentes 	Faibles 	Moyennes 	Élevées 	
1	Saisir, tenir ou serrer avec force					
2	Postures exigeantes pour le coude (ex.: pronation/supination de l'avant-bras, déviation radiale/cubitale du poignet, flexion/extension du poignet ou des doigts)					
3	Exposition des mains à des vibrations, des chocs ou des contrecoups					
4	Points de pression ou de frottement dans la région du coude					

**Le travailleur / la travailleuse estime pouvoir faire ce travail :**

- tel quel
- avec la possibilité de travailler au rythme qui lui convient
- n'estime pas pouvoir faire ce travail

### À compléter par le médecin traitant

1. Le travailleur est-il en mesure d'accomplir ce travail?  oui  non

2. Ce travail est-il sans danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur, compte tenu de sa lésion?

oui  non

3. Ce travail favorise-t-il la réadaptation du travailleur?  oui  non

Assignment permise :  oui  non  oui avec les modifications ou restrictions suivantes :

Sinon, raison du refus : \_\_\_\_\_

Date de début de l'assignation : \_\_\_\_\_

Je recommande que cette personne soit réévaluée dans \_\_\_\_\_ jours.

Signature du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du médecin en lettres moulées : \_\_\_\_\_