





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

Nom de l'employé(e) : _____ 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 dos en utilisant la grille « Estimation des exigences physiques du travail pour une personne atteinte au dos ». 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	Manutention					
2	Efforts en tirant ou en poussant					
3a	Posture assise					
3b	Posture debout					
4	Postures exigeantes (ex.: flexion, extension, torsion, flexion latérale, travail à bout de bras, accroupi)					
5a	Marche					
5b	Déplacements sur sol instable, irrégulier, glissant, encombré ou en pente					
6	Travail dans une posture instable (échafaudage, escalier, en grim pant, etc.)					
7	Actionner une pédale					
8	Conduite d'un équipement mobile					
9	Exposition de tout le corps à des vibrations provenant de machines, d'équipements ou du sol					

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

Assignation 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 : _____