





## PROPOSITION D'ASSIGNATION TEMPORAIRE DE TRAVAIL pour une personne atteinte au COU ou à l'ÉPAULE

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 cou et de l'épaule en utilisant la grille « *Estimation des exigences physiques du travail pour une personne atteinte au cou ou à l'épaule* ». 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 engageant les bras (ex.: tirer, pousser, lever, abaisser, tourner)					
3a	Postures exigeantes pour l'épaule (ex.: abduction ou flexion antérieure > 60°, rotation)					
3b	Postures exigeantes pour le cou (ex.: flexion, extension, rotation, flexion latérale)					
3c	Posture statique du cou ou des épaules					
4	Répétition des mêmes mouvements des bras					
5	Expositions des bras ou des mains à des outils vibrants					

**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 : \_\_\_\_\_