





PROPOSITION D'ASSIGNATION TEMPORAIRE DE TRAVAIL pour une personne atteinte au **POIGNET** ou à la **MAIN**

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 poignet ou de la main en utilisant la grille « *Estimation des exigences physiques du travail pour une personne atteinte au poignet ou à la main* ». 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	Efforts des mains ou des doigts (ex.: saisir, tenir ou serrer avec force)					
2a	Postures exigeantes du poignet (ex.: flexion, extension, déviations cubitale ou radiale)					
2b	Postures extrême des doigts (ex.: flexion, extension, écartements)					
2c	Postures exigeantes pour le pouce					
3	Répétition soutenue des mêmes mouvements des doigts ou des poignets					
4	Expositions des mains à des vibrations, des chocs ou des contrecoups					
5	Points de pression ou de frottement dans la région de la main ou du poignet					

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 : _____