

CONFIDENTIEL - Certificat médical

NUMÉRO D'EMPLOYÉ(E)		
NOM DE L'EMPLOYÉ(E)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	DATE DE NAISSANCE
FACULTÉ OU SERVICE	SUPERVISEUR(E)	ANNÉE MOIS JOUR
1	L'invalidité est-elle le résultat d'une maladie ou d'une blessure survenue au travail ?	OUI NON INCONNU
	Si l'invalidité est-elle le résultat d'un accident de travail, quand remontent les symptômes?	ANNÉE MOIS JOUR
2	Date de la visite initiale pour la présente invalidité :	Date de la visite de suivi, le cas échéant :
	Est-ce que la patiente ou le patient a eu ce même problème dans les 30 derniers jours ?	OUI NON
3	Selon vous, la patiente ou le patient a été ou sera invalide (incapacité totale à travailler ou étudier) du	au
4	Date d'admission à l'hôpital, le cas échéant :	Date du congé de l'hôpital, le cas échéant :
	S'agit-il d'une complication liée à une grossesse ?	OUI NON
5	Détails :	Date prévue de l'accouchement :
	Selon vous, la patiente ou le patient pourra revenir au travail le	À TEMPS PLEIN À TEMPS PARTIEL

Continuer à la page 2

Ressources humaines — Santé et mieux-être

550, rue Cumberland, pièce 017, Ottawa (Ontario), K1N 6N5, Canada

Tél : 613-562-5800, poste 1473 • Téléc : 613-562-5120

virtuo.uottawa.ca/fr/ressources-humaines/sante-mieux-etre

CONFIDENTIEL

L'Université d'Ottawa offre un programme de travail transitoire à l'intention des employées et employés dont les tâches et les heures de travail doivent être modifiées. Comment qualifieriez-vous les limitations fonctionnelles affectant actuellement la capacité de la patiente ou du patient à travailler ?

LÉGÈRES

La patiente ou le patient pourrait probablement effectuer ses tâches normales avec un rendement légèrement moindre et très peu de symptômes.

MODÉRÉES

La patiente ou le patient aura besoin de soutien ou de quelques mesures d'adaptation pour effectuer ses tâches normales.

MAJEURES

La patiente ou le patient pourrait très difficilement effectuer ses tâches normales, ou être incapable d'effectuer certaines tâches.

7**LIMITATIONS FONCTIONNELLES PHYSIQUES**

Marcher AUCUNE LIMITATION _____ m

Rester debout AUCUNE LIMITATION _____ min

S'asseoir AUCUNE LIMITATION _____ min

Soulever des objets AUCUNE LIMITATION _____ kg

Pousser / tirer AUCUNE LIMITATION _____ kg

Monter des escaliers AUCUNE LIMITATION _____ marches

Autre (Précisez) : _____

LIMITATIONS FONCTIONNELLES COGNITIVES

	LÉGÈRES	MODÉRÉES	MAJEURES
Superviser d'autres personnes			
Concentration			
Mémoire			
Responsabilité et imputabilité			
Réfléchir et raisonner			
Échéances serrées			
Autre (Précisez) :	_____		

Un traitement est-il en place pour remédier ces limitations ?

OUI NON

Si non, veuillez expliquer pourquoi

Les limitations fonctionnelles susmentionnées seront en place jusqu'au :

_____|_____|_____|_____|_____|
ANNÉE MOIS JOUR

8

Commentaires :

NOM DE LA OU DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ

ADRESSE

SIGNATURE (PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ)

DATE

_____|_____|_____|_____|_____|
ANNÉE MOIS JOUR

En soumettant ce formulaire, je certifie que les renseignements qui s'y trouvent sont véridiques et j'autorise le secteur Santé et mieux-être de l'Université d'Ottawa à les recueillir, les utiliser et les divulguer à des fins de gestion des mesures d'adaptation et du congé de maladie.

Initiales de l'employé(e) _____

Ressources humaines — Santé et mieux-être

550, rue Cumberland, pièce 017, Ottawa (Ontario), K1N 6N5, Canada

Tél : 613-562-5800, poste 1473 • Téléc : 613-562-5120

virtuo.uottawa.ca/fr/ressources-humaines/sante-mieux-etre

