

PARTIE A : Identification (à remplir par la personne salariée)

N°MATRICULE : _____ NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ N° DE TÉLÉPHONE : (_____) _____

TITRE D'EMPLOI : _____ NOM DU SUPÉRIEUR : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Coordination de la Prévention et soutien à la santé et sécurité au travail

500, rue Murray,
Sherbrooke, (Québec) J1G 2K6
Tél. : 819-780-2220, poste 47007, Télécopieur : 819-821-5108
santereintegration.ciuusse-chus@ssss.gouv.qc.ca

DHSLD	<input type="checkbox"/>	DAMU-SC	<input type="checkbox"/>	DSG	<input type="checkbox"/>	DGA-PSPGS	<input type="checkbox"/>
DSP	<input type="checkbox"/>	DCMU	<input type="checkbox"/>	DSM	<input type="checkbox"/>	DFUH	<input type="checkbox"/>
DPSMD	<input type="checkbox"/>	PDG	<input type="checkbox"/>	DQEPP	<input type="checkbox"/>	DRHCAJ	<input type="checkbox"/>
DRF	<input type="checkbox"/>	DAL	<input type="checkbox"/>	DRS	<input type="checkbox"/>		
DSSCC	<input type="checkbox"/>	DSPublique	<input type="checkbox"/>	DIR ACCOM	<input type="checkbox"/>		
DPJ/DPJE	<input type="checkbox"/>	DSADSSG	<input type="checkbox"/>	CPQS	<input type="checkbox"/>		
DSI	<input type="checkbox"/>	DST	<input type="checkbox"/>	DRIT	<input type="checkbox"/>		

**** AUTORISATION DE LA PERSONNE SALARIÉE ****

Je déclare les informations ci-dessus exactes et autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux ou cliniques à fournir à mon employeur ou son représentant mandaté et à son service de support conseil en assurance-salaire tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé et relatifs à l'invalidité ou à la période d'absence décrite dans la présente réclamation. Je consens également à ce que mon employeur puisse obtenir les notes de consultation de la présente invalidité qui a été débutée le : _____
(date de début d'invalidité)

J'autorise le médecin conseil de la coordination de la Prévention et soutien à la santé et sécurité au travail du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, le(s) médecin(s) expert(s) ou tous autre(s) intervenant(s) autorisé(s) à communiquer avec mon(mes) médecin(s) traitant(s), spécialiste(s) ou thérapeute(s) afin de leur transmettre tous renseignements pertinents se rapportant à mon dossier et relatifs à l'invalidité ou la période d'absence en cours.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

* Cette réclamation d'assurance salaire doit être dûment complétée par la personne salariée et son médecin traitant afin d'éviter tout retard dans le traitement de la demande et retournée à l'employeur. Les frais pour compléter ce document sont à la charge du patient.

Cette invalidité concerne-t-elle l'un des organismes suivants? (cocher)

- Société de l'assurance-automobile du Québec (SAAQ)
 Indemnisation des victimes du Québec d'actes criminels (IVAC)
 Régime de rentes du Québec (RRQ)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

À la personne salariée réclamant des prestations d'assurance salaire et au médecin traitant

DÉFINITION D'INVALIDITÉ

* **Critère 1**

Pour être admissible à des prestations d'assurance salaire, la personne salariée doit démontrer que sa condition médicale correspond aux 3 critères de la définition suivante :

* **Critère 2**

État d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une condition relative à la planification familiale ou d'un don d'organe (**diagnostic**);

* **Critère 3**

Qui fait l'objet d'un **suivi médical**;

Qui rend la personne salariée **totalelement incapable** d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire.

Réadaptation en invalidité, en retour progressif au travail ou en assignation temporaire

Une personne salariée peut, après l'approbation de l'autorité compétente et sous réserve des dispositions prévues aux conventions collectives, bénéficier d'une période de réadaptation aux tâches habituelles de son emploi, tout en continuant d'être assujettie au régime d'assurance salaire. Le médecin doit alors justifier l'**incapacité partielle**.

NOTE : Ce document ayant seulement un caractère informatif, il ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux dispositions contenues aux conventions collectives en vigueur dans les secteurs publics et parapublics.

PARTIE B : Rapport médical (à remplir par le MÉDECIN TRAITANT)

* DIAGNOSTIC | Critère 1

DiagnosticPrincipal : _____
_____Secondaire : _____

SELON LA CLASSIFICATION MULTIAXIALE DU DSM-IV

Axe I _____
(Troubles cliniques psychiatriques)Axe II _____
(Troubles de la personnalité, toxicomanie, alcoolisme, problèmes de jeu)Axe III _____
(Maladies physiques)Axe IV _____
(Problèmes psychosociaux et environnementaux, problèmes au travail)Axe V _____
(Évaluation globale du fonctionnement)

* SUIVI MÉDICAL | Critère 2

Cette personne a-t-elle été référée à un autre **spécialiste** : OUI NON Nom et spécialité : _____

Résultat de la consultation : _____

 EXAMENS DIAGNOSTIQUES Préciser : _____ Résultats : _____ **HOSPITALISATION** Du : _____ Au : _____ **CHIRURGIE**: Couvert RAMQ: OUI NON Préciser : _____ Date : _____ **PHYSIOTHÉRAPIE/ ERGOTHÉRAPIE** Début : _____ Fréquence : _____ **PSYCHOTHÉRAPIE** Début : _____ Fréquence : _____ **PHARMACOLOGIE** Préciser : _____ Posologie : _____

Préciser : _____ Posologie : _____

 AUTRE Préciser : _____

PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

 Retour au travail régulier Date : _____ **Retour progressif dans son poste** Du : _____ Au : _____

Modalités : _____

Raisons de l'incapacité partielle : _____

 Assignment temporaire (Tâches allégées) Du : _____ Au : _____

Modalités : _____

Restrictions médicales : _____

* INCAPACITÉ | Critère 3

Identifier les raisons médicales qui rendent la personne salariée **incapable** d'occuper son emploi ou tout emploi offert par l'employeur :

Durée approximative de l'incapacité : Nombre semaines _____ Nombre mois _____ Date approx. de retour: _____

S'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour son emploi ? OUI NON Avez-vous complété des documents pour : RRQ SAAQ CSST IVAC

Date du prochain rendez-vous : _____

NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) _____ ADRESSE _____ N° PERMIS _____

SIGNATURE DU MÉDECIN (estampille non acceptée) _____ N° DE TÉLÉPHONE _____ DATE _____

SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN _____ N° DE TÉLÉCOPIEUR _____