Formulaire des capacités fonctionnelles physiques avec lettre d’accompagnement – exemple

**(Logo de l’organisme) Formulaire des capacités fonctionnelles – physiques**

**Tâches différentes ou modifiées disponibles**

Veuillez remettre le formulaire rempli à votre patient avant la fin du rendez-vous.

À remplir conformément aux exigences énoncées par le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba dans la section « Medical Information to Third Parties and Sickness Certificates » du document intitulé « Standards of Practice of Medicine – Confidentiality and Privacy » (disponible en anglais seulement).

Cher professionnel de la santé,

Le patient que vous vous apprêtez à traiter a subi une blessure ou une maladie au travail. La présente lettre vise à demander votre aide pour guider votre patient dans le cadre de ses tâches à la maison et au travail pendant sa convalescence.

Pour soutenir les travailleurs blessés/malades, nous proposons un programme de retour au travail complet. Tous les plans de retour au travail sont élaborés en collaboration avec le travailleur, son superviseur, le syndicat si nécessaire, et vous‑même, le fournisseur de soins de santé traitant.

En raison de la diversité de nos activités, nous sommes en mesure d’offrir un large éventail de mesures d’adaptation au travail, y compris la possibilité de modifier les tâches et les heures de travail régulières ou de proposer d’autres tâches.

Nous avons eu l’occasion de discuter du programme de retour au travail avec ce travailleur, et nous vous serions reconnaissants de votre soutien et de votre participation afin que nous puissions avoir une bonne compréhension des recommandations quant aux capacités et aux limites.

Veuillez remplir le formulaire des capacités fonctionnelles ci-joint afin de nous aider à établir un plan de travail adapté à votre patient et veuillez remettre le formulaire rempli à votre patient avant la fin du rendez-vous. Si des frais sont exigés pour remplir le formulaire, nous nous ferons un plaisir de vous les verser directement. Si votre patient paie les frais du formulaire, veuillez lui remettre un reçu de paiement intégral pour que nous puissions le rembourser.

Si vous avez des préoccupations quant aux tâches qui peuvent être offertes, veuillez les noter sur le formulaire.

Nous vous remercions de traiter le membre de notre équipe et nous sommes reconnaissants de votre aide pour qu’il puisse retourner rapidement au travail et, surtout, en toute sécurité.

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec moi en tout temps.

NOM :

TITRE :

ORGANISME :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

**(Logo de l’organisme)** **Formulaire des capacités fonctionnelles – physiques**

**Tâches différentes ou modifiées disponibles**

À remplir conformément aux exigences énoncées par le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba dans la section « Medical Information to Third Parties and Sickness Certificates » du document intitulé « Standards of Practice of Medicine – Confidentiality and Privacy » (disponible en anglais seulement).

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du patient : | Date du rendez-vous : |

|  |  |
| --- | --- |
| Partie(s) du corps blessée(s) : | Le patient est-il apte à reprendre ses tâches habituelles? Oui □ Non □(Si non, veuillez remplir la section suivante.) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Restrictions liées aux charges** | **Pleine capacité** | **11 à 25 kg/24 à 55 lb** | **6 à 10 kg/13 à 23 lb** | **Jusqu’à 5 kg/12 lb** |
| Colonne | Extrémité | Colonne | Extrémité | Colonne | Extrémité | Colonne | Extrémité |
| Soulever/transporter – du sol à la taille | □ | G D | □ | G D | □ | G D | □ | G D |
| Soulever/transporter – de la taille aux épaules | □ | G D | □ | G D | □ | G D | □ | G D |
| Soulever/transporter – au-dessus des épaules | □ | G D | □ | G D | □ | G D | □ | G D |
| Pousser/tirer | □ | G D | □ | G D | □ | G D | □ | G D |
| \* Si les capacités ci-dessus sont fréquentes, occasionnelles ou autres, veuillez fournir les détails dans la section des commentaires. \* |
| **Activités** | **Pleine capacité** | **Fréquemment (jusqu’à 66 %/jour)** | **Occasionnellement (jusqu’à 33 %/jour)** | **Ne devrait pas effectuer – veuillez expliquer ci-dessous** |
| Marcher |  |  |  |  |
| Se tenir debout |  |  |  |  |
| S’asseoir/sédentaire |  |  |  |  |
| Grimper (escaliers/échelle) |  |  |  |  |
| Se pencher |  |  |  |  |
| Se tourner |  |  |  |  |
| S’accroupir |  |  |  |  |
| S’agenouiller |  |  |  |  |
| Tenir/saisir | G D | G D | G D | G D |
| Dextérité de la main | G D | G D | G D | G D |
| Tendre les bras au-dessus de la tête | G D | G D | G D | G D |
| Tendre les bras sous la hauteur des épaules | G D | G D | G D | G D |
| Mouvement répétitif | G D | G D | G D | G D |
| Conduire (Si non, veuillez expliquer.) |  |  |  |  |
| Utiliser le transport en commun |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Durée estimée des limites : | Rétablissement total prévu : Oui □ Non □ |
| Le travailleur souffre-t-il d’une condition préexistante touchant la même partie du corps blessée qui pourrait prolonger ou affecter sa vitesse de récupération? Oui □ Non □ |
| Heures de travail recommandées : Temps plein □ Horaire réduit □ (Veuillez indiquer l’horaire quotidien/hebdomadaire.) |
| Date de réévaluation : | Nom/adresse/téléphone/télécopieur ou TIMBRE du professionnel de la santé |
| Commentaires additionnels/justification |
| Date : |

**Veuillez remettre le formulaire rempli à votre patient avant la fin du rendez-vous.**