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

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

 **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. **Elles comprennent la possibilité de pauses plus fréquentes, un horaire de travail réduit ainsi que des tâches modifiées ou d’autres tâches, incluant des tâches sédentaires, le cas échéant.**

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. Veuillez remettre ce formulaire 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 – cognitives**

**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 : |

|  |
| --- |
| Le patient est-il apte à reprendre ses tâches habituelles? Oui ◻ Non ◻ (Si non, veuillez remplir les sections suivantes.) |
| Le patient est-il en mesure d’effectuer des tâches modifiées ou d’autres tâches? Oui ◻ Non ◻(Si non, veuillez fournir la justification de l’invalidité totale.) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activité** | **Pleines capacités** | **Si limitées, précisez les capacités.** |
| Exercer les pleines capacités cognitives | ◻ |  |
| Maintenir la concentration/la capacité d’attention | ◻ |  |
| Gérer de multiples demandes simultanées | ◻ |  |
| Exercer les pleines capacités de mémoire | ◻ |  |
| Faire fonctionner de l’équipement motorisé | ◻ |  |
| Travailler et résoudre des problèmes avec précision | ◻ |  |
| Travailler et résoudre des problèmes avec rapidité | ◻ |  |
| Faire preuve de bon jugement | ◻ |  |
| Maintenir une endurance | ◻ |  |
| Gérer des échéanciers serrés | ◻ |  |
| Gérer des priorités changeantes | ◻ |  |
| Travailler de manière autonome | ◻ |  |
| Travailler avec les autres | ◻ |  |
| Recevoir et suivre des instructions écrites/verbales | ◻ |  |
| Conduire (Si non, veuillez expliquer.) |  |  |
| Autres |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Durée estimée des limites : | Rétablissement total prévu : Oui ◻ Non ◻ |
| Heures de travail recommandées : Temps plein ◻ Horaire réduit ◻ (Veuillez indiquer l’horaire quotidien/hebdomadaire.) |
| Fréquence des traitements : | Date prévue de retour aux capacités normales : |
| Date de réévaluation : | Nom/adresse/téléphone/télécopieur ou TIMBRE du professionnel de la santé : |
| Commentaires additionnels : |
| Date : |

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

Mois/année