

À être complété par le médecin / psychologue clinicien. Veuillez remplir tous les champs pertinents. Une fois complété, remettre une copie au membre et envoyez une télécopie à CBML à 1-866-629-7894.

MEMBRE

Nom _____
 Date de naissance _____ Type de congé _____

Cochez l'énoncé ci-dessous qui, à votre avis, décrit le mieux les capacités fonctionnelles du patient.

- Le/la patient(e) peut reprendre ses tâches habituelles. Date de retour au travail : _____
- Le/la patient(e) peut reprendre ses tâches habituelles avec un horaire réduit. Date de retour au travail : _____
- Date de fin de l'horaire réduit : _____ N^{bre} d'heures par jour/période : _____
- Le/la patient(e) est apte à reprendre le travail avec restrictions/limitations. Date de retour au travail : _____
- Date de fin des restrictions/limitations : _____

Si le/la patient(e) a besoin de restrictions/limitations, veuillez compléter.

Restrictions	Maximum heures/jour	Specific To (if any)	Misc. Restrictions	Maximum de livres
Se pencher		<input type="checkbox"/> Dos	Soulever/déposer niveau du sol	
Monter (escalier/échelles)		<input type="checkbox"/> Cou	Soulever/déposer niveau de la taille	
Serrer/Comprimer		<input type="checkbox"/> Main gauche	Transporter	
S'accroupir		<input type="checkbox"/> Main droite		
Pousser/tirer		<input type="checkbox"/> Poignet gauche		
Atteindre/étirer		<input type="checkbox"/> Poignet droit		
S'asseoir		<input type="checkbox"/> Bras gauche		
Rester debout		<input type="checkbox"/> Bras droit		
Torsion		<input type="checkbox"/> Jambe gauche		
Dactylographier		<input type="checkbox"/> Jambe droite		
Marcher		<input type="checkbox"/> Pied gauche		
Flexion/extension du poignet		<input type="checkbox"/> Pied droit		
		<input type="checkbox"/> Cheville gauche		
		<input type="checkbox"/> Cheville droite		

Commentaires

Veuillez indiquer la durée des limites ci-dessus (jours/semaines/mois) : _____

Nom du/de la professionnel(le) (lettres moulées) : _____

Type de spécialité (médecin/psychologue clinicien) : _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____ Numéro de télécopieur _____

Signature _____ Date _____

NOTE AU MÉDECIN : le personnel médical de CBML peut communiquer avec votre bureau au nom de Michaels du Canada LLC si de l'information supplémentaire au sujet de cette demande est requise. Michels du Canada LLC peut demander une évaluation des capacités physiques avant le retour au travail de l'employé(e). La signature des médecins est requise pour tous les retours au travail.