

Prière de faire parvenir une copie de ce formulaire à l'unité

Gestion des invalidités :

Adresse courriel : gestion_des_invalidites@hydro.qc.ca

Télécopieur : 514 289-6475

Adresse postale :

Hydro-Québec
Gestion des invalidités
75, boul. René-Lévesque Ouest, 7^e étage
Montréal (Québec) H2Z 1A4

Pour plus d'information :

Téléphone (interne) : 800-7474, option 4

Téléphone (sans frais) : 1 844 800-7474, option 4

Important :

Veuillez **CONSERVER LES DOCUMENTS ORIGINAUX** qui soutiennent votre demande de prestations, car ils pourraient être demandés par la direction – Santé et sécurité.

Pour que votre absence soit justifiée et que vous puissiez toucher des prestations d'un régime de protection du salaire, **vous devez consulter un dentiste ou un médecin** et vous assurer que toutes les sections du présent document soient remplies et signées.

À défaut de remplir vos obligations dans les délais prescrits par le RSS, le RSSS et le RCM, votre période d'absence du travail sera non rémunérée et vous pourriez être considéré comme absent ou absente sans autorisation.

Au médecin ou dentiste dûment accrédité

Les renseignements demandés dans ce rapport seront traités confidentiellement et permettront à la direction – Santé et sécurité d'Hydro-Québec de suivre l'évolution de la maladie de votre patient ou de votre patiente, de déterminer son admissibilité au régime de sécurité du salaire de l'entreprise et de prévoir les modalités de sa réinsertion au travail avec ou sans restriction.

Identification (section remplie par l'unité administrative ou par l'employé)

Premier jour d'absence	AAAA-MM-JJ	Catégorie d'emploi	<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire
Nom et prénom			Âge	Matricule	
Adresse de la résidence					Téléphone
Adresse personnelle de courrier électronique					
Unité structurelle	Appellation d'emploi		Lieu de travail		
Nom du supérieur immédiat	Appellation d'emploi		Téléphone	Poste	

Section réservée à l'employé

J'autorise Dr _____ à fournir au médecin d'Hydro-Québec les informations relatives au motif de ma présente absence du travail. Les frais inhérents à l'obtention d'un rapport ou autre information sont à la charge de l'employé. Une photocopie de la présente autorisation a valeur d'original.

Signature de l'employé ou de l'employée

AAAA-MM-JJ

Section réservée au centre de santé d'Hydro-Québec

Date de réception du certificat	AAAA-MM-JJ	Initiales	Médecin	Agent ou agente de santé
------------------------------------	------------	-----------	---------	--------------------------

Nom et prénom(s) de l'employé	Matricole
Diagnostic	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> <p>Date du premier examen</p> <hr/> <p>Date du prochain rendez-vous</p> </div> <div style="flex: 1; text-align: right;">AAAA-MM-JJ</div> <div style="flex: 1; text-align: right;">AAAA-MM-JJ</div> </div>	
<p>Cette invalidité découle-t-elle...</p> <p>d'une maladie personnelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non d'un accident hors-travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre :</p>	
<p>Organisme appelé à verser des prestations</p> <p>Société de l'assurance automobile du Québec <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
Nom de l'hôpital, s'il y a eu hospitalisation	
Nature et date de la chirurgie, s'il y a lieu	
AAAA-MM-JJ	
<p>Date de retour prévue</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> <p>AAAA-MM-JJ</p> <p><input type="checkbox"/> Travail sans restrictions</p> </div> <div style="flex: 1; text-align: center;"> <p>AAAA-MM-JJ</p> <p><input type="checkbox"/> Travail avec restrictions</p> </div> <div style="flex: 1; text-align: right;"> <p>AAAA-MM-JJ</p> <p><input type="checkbox"/> Inapte à tout travail jusqu'au</p> </div> </div>	
Nature et durée (en semaines) des restrictions	
<hr/> <hr/>	

Section à remplir s'il y a prolongation de l'absence ou pour toute absence de plus de 30 jours

Quelles sont les raisons médicales justifiant l'invalidité ?	
<hr/> <hr/>	
Quelle est la nature des traitements actuels ?	
<hr/> <hr/>	
Quelles sont les limitations fonctionnelles objectives empêchant la personne d'accomplir son travail ?	
<hr/> <hr/>	
Selon vous, quand pourrions-nous proposer une réinsertion progressive à cette personne ?	
AAAA-MM-JJ	
Remarques	
<hr/> <hr/>	

Désirez-vous qu'un médecin d'Hydro-Québec communique avec vous au sujet de cette personne ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom (en caractères d'imprimerie)	AAAA-MM-JJ
		Signature du médecin	
N° de permis	Adresse au bureau		Téléphone
			Poste