

Certificat médical

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

Présence au travail :

Adresse courriel : gestion_des_invalidites@hydro.qc.ca

Veillez transmettre vos documents numérisés en un seul fichier en format pdf.

Télécopieur : 514 289-6475

Adresse postale :

Hydro-Québec
Présence au travail
75, boul. René-Lévesque Ouest, 8^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 :

Veillez **CONSERVER LES DOCUMENTS ORIGINAUX** qui soutiennent votre demande de prestations, car ils pourraient être demandés par l'unité Présence au travail.

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 au personnel dûment autorisé de l'unité Présence au travail 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 personnel dûment autorisé de l'unité Présence au travail 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



Rapport du médecin

Nom et prénom(s) de l'employé		Matricule	
Diagnostic _____ _____		Date du premier examen	AAAA-MM-JJ
		Date du prochain rendez-vous	AAAA-MM-JJ
Cette invalidité découle-t-elle... 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 : _____			
Organisme appelé à verser des prestations 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			
Nom de l'hôpital, s'il y a eu hospitalisation			
Nature et date de la chirurgie, s'il y a lieu			AAAA-MM-JJ
Date de retour prévue	AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ
<input type="checkbox"/> Travail sans restrictions	<input type="checkbox"/> Travail avec restrictions	<input type="checkbox"/> Inapte à tout travail jusqu'au	
Nature et durée des restrictions			
SVP mentionner les tâches que l'employé est en mesure d'accomplir actuellement. _____ _____			

Modalités de retour au travail proposées

Semaine du	Jours par semaine	x	Nombre de semaine	<input type="checkbox"/> Consécutifs	<input type="checkbox"/> Non-consécutifs
Semaine du	Jours par semaine	x	Nombre de semaine	<input type="checkbox"/> Consécutifs	<input type="checkbox"/> Non-consécutifs
Semaine du	Jours par semaine	x	Nombre de semaine	<input type="checkbox"/> Consécutifs	<input type="checkbox"/> Non-consécutifs
Semaine du	Jours par semaine	x	Nombre de semaine	<input type="checkbox"/> Consécutifs	<input type="checkbox"/> Non-consécutifs

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 ? _____ _____	
Quelle est la nature des traitements actuels ? _____ _____	
Quelles sont les limitations fonctionnelles objectives empêchant la personne d'accomplir son travail ? _____ _____	
Selon vous, quand pourrions-nous proposer une réinsertion progressive à cette personne ?	AAAA-MM-JJ
Remarques _____ _____	

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
N° de permis	Adresse au bureau	Signature du médecin Téléphone Poste