

Prière de faire parvenir au centre de santé d'Hydro-Québec en utilisant l'enveloppe-retour
Au médecin ou dentiste dûment accrédité

Les renseignements demandés dans ce rapport seront traités confidentiellement et permettront aux médecins 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 salaire de l'entreprise et de prévoir les modalités de sa réinsertion au travail avec ou sans restriction.

Identification (à compléter par l'unité administrative sinon par l'employé(e))

Premier jour d'absence	A M J	Catégorie de l'employé(e)		
		<input type="checkbox"/> Permanent(e)	<input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire
Nom et prénom(s)			Âge	No matricule
Adresse à la résidence			Téléphone	Poste
Unité administrative	Titre de l'emploi		Lieu de travail	
Nom du (de la) supérieur(e) immédiat(e)		Titre		Téléphone Poste

Réservé à l'employé(e)

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(e).	
Signature de l'employé(e)	A M J

Réservé au centre de santé d'Hydro-Québec

Date de réception du certificat	A M J	Initiales	
		<i>Médecin</i>	<i>Agent(e) de santé</i>

Rapport du médecin

Section « A »

Nom et prénom(s)		No matricule	
Diagnostic			
	Date du premier examen	A M J	Date du prochain rendez-vous
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	
Cette invalidité relève-t-elle ? De la Société de l'assurance automobile du Québec <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		De la Commission 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			A M J
Quand prévoyez-vous un retour ?			
<input type="checkbox"/> Au travail régulier	A M J	<input type="checkbox"/> Au travail avec restrictions	A M J
		<input type="checkbox"/> Inapte à tout travail jusqu'au	A M J
Nature et durée (semaines) des restrictions			

Section « B »

À remplir s'il y a prolongation de l'absence et / ou pour toute absence de plus de 30 jours

Quelles sont les raisons médicales justifiant la prolongation de 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 l'employé(e) ?			A M J
Remarques			
Désirez-vous qu'un médecin d'Hydro-Québec communique avec vous au sujet de votre patient(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom _____	
		<i>Signature du médecin</i>	
No de permis	Adresse au bureau	Téléphone	Poste

PRIÈRE DE FAIRE PARVENIR AU CENTRE DE SANTÉ D'HYDRO-
QUÉBEC À L'ADRESSE SUIVANTE:

HYDRO-QUÉBEC
Gestion des invalidités
75, boul. René-Lévesque Ouest, 7e étage
Montréal QC H2Z 2A4