



À
l'avant-plan
depuis
50 ans

RÉSEAU SPÉCIAL

Volume 38 no 11 - 28 juin 2018

MODIFICATION DU CERTIFICAT MÉDICAL AUX MEMBRES DE LA SECTION LOCALE 1500

Conseurs, confrères,

Pour faire suite au réseau spécial six (6) unités du SCFP du 8 juin dernier, concernant le sujet mentionné en titre, nous avons mis en ligne sur votre site Web www.scfp1500.org le nouveau certificat médical pour maladie plus de trois (3) jours. Nous avons remplacé celui qui s'y trouvait depuis de nombreuses années car le nouveau comporte des changements au niveau de l'adresse de destinataire, des précisions sur les réels intervenants de l'employeur et l'ajout d'une case pour le médecin afin qu'il puisse y détailler les modalités de retour au travail progressif.

Ces changements n'ont aucun impact pour les travailleurs et il est important que le certificat médical se rende au bon endroit pour s'assurer de vos droits au RSS et RSSS.

PAR CONTRE, nous ne sommes toujours pas d'accord avec l'ajout de la dernière case de la page 1, comme expliqué dans le réseau spécial du 8 juin. C'est pour cette raison que votre syndicat a complété cette section afin de s'assurer qu'elle ne le soit pas faite par erreur par un membre qui pourrait en subir un préjudice.

Pour conclure, nous vous recommandons, comme avant, de vous servir du certificat médical mis à votre disposition sur votre site Web www.scfp1500.org ou à tout le moins, de ne pas remplir la dernière case de la page 1 si vous deviez vous servir de la copie du certificat fournie par l'employeur.

Solidairement,

Pièce jointe: certificat médical

Continuons
ENSEMBLE

**Richard Perreault, Sylvain Dubreuil,
Président provincial Secrétaire général**

*la forme masculine utilisée dans ce Réseau désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.



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

Veuillez 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 :

Veuillez 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

SVP mentionner les tâches que vous estimez être en mesure d'accomplir actuellement

JE N'AI PAS LES COMPÉTENCES MÉDICALES NÉCESSAIRES POUR ÉVALUER LES TÂCHES QUE JE SUIS EN MESURE D'ACCOMPLIR OU NON, EN LIEN AVEC LE DIAGNOSTIQUE ET/OU L'INAPTITUDE ET/OU LES RESTRICTIONS DÉFINIES PAR MON MÉDECIN ET/OU SPÉCIALISTE. DE PLUS, MON SYNDICAT A CONTESTÉ LE CONTENU DE CE CERTIFICAT MÉDICAL MODIFIÉ SANS ENTENTE PAR LE GRIEF "1500-PRO-2018-0003". DONC Veuillez VOUS RÉFÉRER À MON SYNDICAT POUR TOUTES QUESTIONS EN RAPPORT AVEC CETTE SECTION DU CERTIFICAT. MERCI



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																											
Date de retour prévue		AAAA-MM-JJ																									
<input type="checkbox"/> Travail sans restrictions <input type="checkbox"/> Travail avec restrictions		AAAA-MM-JJ																									
Nature et durée des restrictions																											
Modalités de retour au travail proposées <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Semaine du</td> <td>Jours par semaine</td> <td>X</td> <td>Nombre de semaine</td> <td><input type="checkbox"/> Consécutifs</td> <td><input type="checkbox"/> Non-consécutifs</td> </tr> <tr> <td>Semaine du</td> <td>Jours par semaine</td> <td>X</td> <td>Nombre de semaine</td> <td><input type="checkbox"/> Consécutifs</td> <td><input type="checkbox"/> Non-consécutifs</td> </tr> <tr> <td>Semaine du</td> <td>Jours par semaine</td> <td>X</td> <td>Nombre de semaine</td> <td><input type="checkbox"/> Consécutifs</td> <td><input type="checkbox"/> Non-consécutifs</td> </tr> <tr> <td>Semaine du</td> <td>Jours par semaine</td> <td>X</td> <td>Nombre de semaine</td> <td><input type="checkbox"/> Consécutifs</td> <td><input type="checkbox"/> Non-consécutifs</td> </tr> </table>				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
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 ? <hr/> <hr/> <hr/>																											
Quelle est la nature des traitements actuels ? <hr/> <hr/> <hr/>																											
Quelles sont les limitations fonctionnelles objectives empêchant la personne d'accomplir son travail ? <hr/> <hr/> <hr/>																											
Selon vous, quand pourrions-nous proposer une réinsertion progressive à cette personne ?					AAAA-MM-JJ																						
Remarques <hr/> <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																							
Nº de permis		Adresse au bureau		Téléphone	Poste																						