Centre
de services scolaire
des Draveurs
Québec

RAPPORT MÉDICAL D'INVALIDITÉ – ASSURANCE SALAIRE

À REMPLIR EN PRENANT SOIN D'ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Partie A : Renseignements sur la personne salariée

Nom		Prénom
Matricule ou N.A.S.	Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin	Date de naissance _____/_____/_____ A M J
Adresse	Province	Code postal
Date du début de l'invalidité _____/_____/_____ A M J	Titre d'emploi	

Partie B : Identification de l'employeur (à remplir par l'employeur)

Nom de l'employeur **Centre de services scolaire des Draveurs**		
Adresse **200, boul. Maloney Est Gatineau**	Province **Québec**	Code postal **J8P 1K3**
Nom du représentant de l'employeur **JACINTHE CHARRON, conseillère en gestion de personnel**	N° de téléphone 819 663-9221, poste 15006	N° de télécopieur 819 663-5372
Signature	courriel: srhsante@cssd.gouv.qc.ca	

Partie C : Attestation et autorisation de la personne salariée (à remplir par la personne salariée)

Avez-vous déposé ou vous proposez-vous de déposer une réclamation relativement à la présente invalidité en vertu d'une des lois administrées par l'un des organismes suivants ? (si oui, cochez la case appropriée.)

☐ IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels
☐ SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec
☐ CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail
☐ RRQ : Régie des rentes du Québec

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux et de tout autre organisme en cause à fournir à mon employeur tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé ou au dossier médical relatifs à l'invalidité décrite dans le présent rapport. Sur demande, je m'engage à présenter à l'employeur les pièces justificatives attestant les soins reçus de tout autre professionnel de la santé pour cette invalidité.

Signature	_____/_____/_____ A M J	N° de téléphone à la résidence ( )

Renseignements généraux au médecin traitant et à la personne salariée réclamant des prestations d'assurance salaire

Régime d'assurance salaire

La charge financière du régime d'assurance salaire dans les réseaux de l'éducation est entièrement supportée par les employeurs pour les 104 premières semaines d'invalidité. En effet, il s'agit d'un régime d'autoassurance auquel la personne salariée ne contribue pas financièrement.

L'employeur étant responsable du versement des prestations d'assurance salaire, il a le devoir de s'assurer que les prestations versées le sont à juste titre et en fonction des règles conformes aux conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation.

L'employeur peut, lorsqu'il le juge approprié, demander des renseignements complémentaires afin de lui permettre d'évaluer l'admissibilité de la réclamation et de toute prolongation de la période d'absence. Il peut également demander à la personne salariée de se soumettre à une évaluation médicale avec le médecin qu'il désigne. Les frais pouvant être encourus pour la production de rapports médicaux, tels que les honoraires professionnels ou les renseignements complémentaires sont à la charge de la personne salariée, sauf si cela est autrement stipulé aux conventions collectives ou dans d'autres dispositions régissant les conditions de travail. L'employeur traite les certificats et renseignements médicaux de façon confidentielle.

Définition d' « invalidité »

Afin d'être admissible aux prestations d'assurance salaire lors d'une période d'invalidité, la personne salariée doit démontrer que sa condition médicale correspond aux trois critères suivants :

1. l'état d'incapacité **doit résulter d'une maladie, d'un accident** ou **d'une intervention chirurgicale liée à la planification familiale;**

ET

2. l'état d'incapacité **doit nécessiter des soins médicaux**;

ET

3. l'état d'incapacité **doit rendre** la personne salariée **totalement incapable** d'accomplir les tâches habituelles **de son emploi** ou **de tout autre emploi analogue** offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire.

Retour progressif au travail

Pendant la période d'invalidité, une personne salariée peut, après entente avec l'employeur, bénéficier d'une période de retour progressif pendant laquelle elle doit être en mesure d'effectuer l'ensemble de ses tâches selon la proportion de temps convenue.

Note : Le présent document ayant seulement un caractère informatif, il ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux définitions contenues dans les conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation.

Partie D : Renseignements sur la personne salariée

Nom de la personne salariée :	Matricule ou N.A.S. :

Partie E : Rapport médical (à remplir lisiblement par le médecin traitant)

1. DIAGNOSTIC

Principal : _____

_____

Secondaire, s'il y a lieu : _____

_____

S'il s'agit d'un trouble de santé mentale, remplissez les axes selon le DSM IV

Axe I _____

Axe II _____

Axe III _____

Axe IV _____

Axe V _____

Cas de grossesse D.P.A. : _____/_____/_____ (A M J) S'agit-il d'une complication grave? ☐ oui ☐ non G.A.R.E. ☐ oui ☐ non

2. SUIVI MÉDICAL ET TRAITEMENT

Date de la première consultation pour cette invalidité : _____/_____/_____ (A M J)

Fréquence des visites :

☐ hebdomadaires ☐ bimensuelles ☐ mensuelles ☐ autres

Orientation vers un autre médecin : ☐ oui ☐ non **Si oui,** nom du médecin, spécialité :_____

☐ Médicaments - nom – posologie :

_____

_____

☐ Physiothérapie/ergothérapie : Date du début : _____/_____/_____ (A M J) Fréquence : _____

☐ Psychothérapie : Date du début : _____/_____/_____ (A M J) Fréquence : _____

Cette personne a-t-elle subi ou subira-t-elle :

☐ Examens ou tests (FSC, HB, ECG, EMG, TACO, RMI….) Précisez :_____ Résultats : _____

☐ Chirurgie ☐ d'un jour Précisez : _____ Date : _____/_____/_____ (A M J)

☐ Hospitalisation du _____/_____/_____ (A M J) au _____/_____/_____ (A M J) Nom de l'hôpital ou clinique : _____

☐ Autres (précisez) :_____

3. PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL ET PRONOSTIC

Date du début de l'invalidité : _____/_____/_____ (A M J)

Date prévue de retour au travail : _____/_____/_____ (A M J)

Si indéterminée, indiquez la date approximative de la fin de l'absence : _____/_____/_____ (A M J)

Pourrait-elle reprendre son emploi en retour progressif? ☐ oui ☐ non **Si oui,** date du début : _____/_____/_____ (A M J)

Si oui, nombre de jrs/sem. et de semaines : _____ pour _____ (jrs/sem. semaines) _____ pour _____ (jrs/sem. semaines) _____pour _____ (jrs/sem. semaines)

Date du prochain rendez-vous : _____/_____/_____ (A M J)

4. INVALIDITÉ (définition au recto)

Indiquez les raisons médicales qui rendent la personne totalement incapable d'occuper son emploi inscrit à la partie A. Précisez les limitations fonctionnelles :_____

Voir la description de tâches

_____

_____

Intensité des symptômes : Intermittent ___ Léger ___ Moyen ___ Sévère ___

5. INCAPACITÉ TOTALE ET PERMANENTE (s'il y a lieu)

Selon vous, s'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour occuper son emploi? ☐ oui ☐ non

Si oui, pourrait-elle occuper un autre emploi? ☐ oui ☐ non Avez-vous complété des documents pour la RRQ? ☐ oui ☐ non

Identification du médecin

Seuls les médecins légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire (estampilles non acceptées). À noter que l'employeur n'est pas lié par les recommandations du médecin signataire. **Tout rapport incomplet, ou dont le contenu ne permet pas de justifier les recommandations faites, pourra être refusé sans autre formalité.**

Nom du médecin et prénom (caractères d'imprimerie)	N° de permis d'exercer	N° de téléphone ( )	N° de télécopieur ( )

Spécialité (s'il y a lieu)	Signature du médecin	Date _____/_____/_____ (A M J)