

Partie A : Renseignements sur la personne salariée				
Nom :			Prénom :	
Matricule :		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Date de naissance (AAAA/MM/JJ) :
Adresse :		Appartement :	Province :	Code postal :
Date du début de l'invalidité (AAAA/MM/JJ) :			Titre d'emploi :	

Partie B : Identification de l'employeur (à remplir par l'employeur)			
Nom de l'employeur : Centre de services scolaire des Portages-de-l'Outaouais			
Adresse : 225, rue Saint-Rédempteur		Ville : Gatineau	Province : Québec
			Code postal : J8X 2T3
Nom du représentant de l'employeur : Alexia Blaise		Téléphone : 819 771-4548, 855-740	Télécopieur : 819 771-8170
			Adresse électronique : info-sante.srh@csspo.gouv.qc.ca
Signature :			

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.)	
<input type="checkbox"/> IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels	<input type="checkbox"/> SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec
<input type="checkbox"/> CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail	<input type="checkbox"/> 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 :	Date (AAAA/MM/JJ) : Téléphone (résidence) :

Renseignements généraux au médecin traitant et à la personne salariée réclamant des prestations d'assurance salaire	
<p>Régime d'assurance salaire</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
<p>Définition d'« invalidité »</p> <p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 totaleme nt incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire. 	
<p>Retour progressif au travail</p> <p>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.</p> <p><i>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.</i></p>	

Partie D : Renseignements sur la personne salariée	
Nom de la personne salariée :	Matricule :
Partie E : Rapport médical (à remplir lisiblement par le médecin traitant)	
1. DIAGNOSTIC	
Principal : _____ _____	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 _____
Secondaire, s'il y a lieu : _____ _____	
Cas de grossesse D.P.A. (AAAA/MM/JJ) :	S'agit-il d'une complication grave? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non G.A.R.E. <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2. SUIVI MÉDICAL ET TRAITEMENT	
Date de la première consultation pour cette invalidité (AAAA/MM/JJ) :	Fréquence des visites : <input type="checkbox"/> hebdomadaires <input type="checkbox"/> bimensuelles <input type="checkbox"/> mensuelles <input type="checkbox"/> autres
Orientation vers un autre médecin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , nom du médecin, spécialité :
<input type="checkbox"/> Médicaments - nom - posologie : _____	
<input type="checkbox"/> Physiothérapie/ergothérapie : Date du début : _____ Fréquence : _____ (AAAA/MM/JJ)	
<input type="checkbox"/> Psychothérapie : Date du début : _____ Fréquence : _____ (AAAA/MM/JJ)	
Cette personne a-t-elle subi ou subira-t-elle :	
<input type="checkbox"/> Examens ou tests (FSC, HB, ECG, EMG, TACO, RMI....)	Précisez : _____ Résultats : _____
<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> d'un jour	Précisez : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<input type="checkbox"/> Hospitalisation du : _____ au : _____	Nom de l'hôpital ou clinique : _____ (AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____	
3. PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL ET PRONOSTIC	
Date du début de l'invalidité : _____ (AAAA/MM/JJ)	Date prévue de retour au travail : _____ (AAAA/MM/JJ)
Si indéterminée, indiquez la date approximative de la fin de l'absence : _____ (AAAA/MM/JJ)	
Pourrait-elle reprendre son emploi en retour progressif? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui , date du début (AAAA/MM/JJ) : _____	
Si oui , nombre de jrs/sem. et de semaines : _____ jrs/sem. pour _____ semaines _____ jrs/sem. pour _____ semaines _____ jrs/sem. pour _____ semaines	
Date du prochain rendez-vous (AAAA/MM/JJ) :	
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 : _____	
INTENSITÉ DES SYMPTÔMES : <input type="checkbox"/> Intermittents <input type="checkbox"/> Mineurs <input type="checkbox"/> Modérés <input type="checkbox"/> Sévères	
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? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui , pourrait-elle occuper un autre emploi? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avez-vous complété des documents pour la RRQ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 :
Spécialité (s'il y a lieu) :	Téléphone :
Signature du médecin :	Télécopieur :
	Date (AAAA/MM/JJ) :