



Mémo à l'employé demandant un accommodement sur le lieu de travail pour des raisons médicales

Votre travail quotidien joue un rôle essentiel dans la réussite de l'entreprise. Votre employeur s'engage à assurer votre sécurité sur le lieu de travail. Par conséquent, tous les renseignements que votre médecin peut fournir relativement à votre demande d'accommodement sur le lieu de travail, que ce soit de manière temporaire ou à long terme, seront très utiles.

Lorsque vous demandez un accommodement sur le lieu de travail en raison de problèmes médicaux, vous devez respecter les conditions suivantes. IMPORTANT : Le non-respect de ces conditions pourrait entraîner la non-prise en charge de votre accommodement.

- Rapports médicaux :**
- a) REMPLISSEZ la première section du QUESTIONNAIRE MÉDICAL D'ACCOMMODEMENT AU TRAVAIL ci-joint avant de le présenter à votre médecin ou spécialiste traitant.
 - b) Demandez à votre médecin ou spécialiste traitant de remplir la seconde section du QUESTIONNAIRE MÉDICAL D'ACCOMMODEMENT AU TRAVAIL. Des rapports de spécialistes confirmant votre problème de santé peuvent également être exigés.
 - c) Renvoyez le QUESTIONNAIRE MÉDICAL D'ACCOMMODEMENT AU TRAVAIL rempli et signé à Acclaim par télécopieur au 1 866 486-8663 ou par courriel à medical@acclaimability.com (ou veillez à ce que le médecin ou le spécialiste le fasse) dans les 14 jours civils suivant la soumission de la demande.
- Traitement médical :**
- a) Vous devez recevoir un traitement MÉDICAL approprié pour traiter le problème de santé nécessitant un accommodement.
 - b) Le premier traitement doit être administré par un médecin dûment qualifié. Les traitements administrés par un professionnel de la santé autre qu'un médecin, par exemple un chiropraticien ou un psychologue, sont acceptables à la condition qu'un diagnostic ait d'abord été posé par un médecin et que celui-ci ait précisé la nature et la durée du traitement.
- Acclaim :**
- a) Acclaim peut entrer en contact avec votre médecin ou spécialiste traitant et communiquer avec vous afin d'obtenir des renseignements supplémentaires sur votre état de santé, vos traitements et l'étape du rétablissement à laquelle vous êtes rendu.
 - b) Acclaim peut vous demander de consulter un médecin désigné afin qu'il confirme le diagnostic, le traitement prescrit, la durée estimative de votre absence ou vos restrictions. Le fait de ne pas se présenter ou de ne pas coopérer à l'examen sans motif valable peut entraîner la suspension de la prise en charge de votre accommodement.
- Confidentialité :**
- Tous les renseignements médicaux personnels, comme le diagnostic ou l'état de santé, sont confidentiels. Seuls les renseignements comme les limitations médicales et l'accommodement recommandé sont transmis à Labatt
- Programme d'Aide aux Employés (PAE)**
- a) Des services de consultation à court-terme, sur une base confidentielle et volontaire, sont disponibles aux employés de Labatt qui éprouvent des difficultés personnelles. Ce service est disponible à travers Sun Life Lumino Health Virtual Care en composant le 1-844-342-3327 ou visitez le site web à l'adresse luminovc.dialogue.com
- Responsabilité :**
- a) Vous devez suivre les conseils de votre médecin traitant ou d'Acclaim Gestion d'invalidité et prendre les mesures requises pour assurer un rétablissement rapide et complet.
 - b) La participation à des activités incompatibles avec votre invalidité et tout travail effectué pour un autre employeur peuvent entraîner la non-prise en charge de votre demande d'accommodement.
 - c) Il vous incombe de rencontrer régulièrement votre médecin traitant pour mettre à jour votre état de santé et discuter des problèmes de santé associés à un retour au travail réussi.
 - d) Tous les plans de traitement recommandés par le médecin traitant doivent être suivis. Le non-respect de ceux-ci peut entraîner la suspension de la prise en charge.
 - e) Une communication continue entre vous et Acclaim Gestion d'invalidité est essentielle pour un rétablissement réussi / la stabilité de votre état.



FORMULAIRES DE DEMANDE D'ACCOMMODEMENT DU TRAVAIL

(Formulaire médical)

SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé _____ Numéro de téléphone _____
(Nom de famille et prénom au complet)

Adresse _____
(Numéro et rue) (App.) (Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance : _____ Langue : ☐ A ☐ F ☐ Autre
Jour Mois Année

J'ai accès à une imprimante et je peux imprimer tous les formulaires médicaux requis : ☐ OUI ☐ NON Adresse courriel : _____

Nature de l'accommodement demandé par l'employé (veuillez être précis) :

AUTORISATION

Je, _____, autorise par la présente _____ (fournisseur de soins de santé, médecin autorisé, praticien de la santé, hôpital, clinique, Manuvie) à divulguer mes renseignements médicaux et de santé à Acclaim, y compris à tout évaluateur indépendant, agent ou consultant agissant pour le compte d'Acclaim Gestion des Capacités (Acclaim).

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements médicaux et de santé par Acclaim, y compris par tout évaluateur indépendant, agent ou consultant agissant pour le compte d'Acclaim, ainsi que par tout fournisseur de soins de santé, médecin autorisé, praticien de la santé, hôpital, clinique, établissement médical ou connexe, fournisseur de services de réadaptation, ou toute autre organisation, institution ou personne détenant des dossiers ou des rapports relatifs à ma santé et à ma réadaptation.

Le présent consentement concerne mon besoin de travail modifié ou adapté et/ou la référence actuelle à Acclaim pour des services. Ces services peuvent inclure les résultats de consultations ou d'évaluations obtenues relativement à mon état de santé.

Je comprends que les communications et renseignements susmentionnés, en tout ou en partie, et/ou toute recommandation qui en découle concernant mes capacités ou mes limitations à accomplir mes tâches professionnelles (à l'exclusion de toute référence précise à un diagnostic ou à d'autres renseignements personnels médicaux) peuvent être communiqués à LABATT à une ou plusieurs des fins suivantes :

1. Mettre en place des mesures d'adaptation liées à mon état de santé au sein de l'Entreprise ;
2. Fournir de l'information en vue d'un travail modifié au sein de l'Entreprise.

Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'original.

En signant ci-dessous, je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, y compris mes renseignements de santé, aux fins décrites ci-dessus. Je reconnais que je peux choisir de fournir ou de refuser ce consentement ; toutefois, je comprends que ma décision peut avoir une incidence sur mon admissibilité aux prestations liées à la santé, sur mon droit à des mesures d'adaptation ou sur ma capacité de reprendre mes fonctions régulières ou modifiées.

Le présent consentement est valide à compter de la date de signature jusqu'à mon retour à des heures et fonctions complètes au travail, ou jusqu'à la date à laquelle ma relation d'affaires avec l'Entreprise prend officiellement fin, selon la première éventualité. Il peut être retiré en tout temps sur préavis écrit transmis à Acclaim ou à Labatt.

Nom de l'Employé _____ Signature de l'Employé _____ Date _____

SECTION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Il incombe au patient d'acquitter les frais qui peuvent être exigés pour remplir le présent formulaire, sauf si la loi l'interdit. Veuillez remettre le formulaire rempli à votre patient.

Il incombe à l'employé de fournir des renseignements médicaux objectifs pour valider la demande d'accommodement du travail. **Afin d'éviter les retards de traitement, ce formulaire doit être dûment rempli par l'employé et le médecin traitant et retourné à Acclaim dans les 14 jours suivant la demande d'accommodement du travail de l'employé.**

Nature de la maladie ou blessure nécessitant un accommodement: _____

Date du début de la maladie ou de la blessure : _____ Date de l'examen par le médecin : _____

Date de l'évaluation la plus récente faite par un spécialiste pour un problème de santé lié à la demande d'accommodement : _____

Existe-t-il actuellement un plan de traitement médical? ☐ Oui ☐ Non Si non, pourquoi? _____L'employé respecte-t-il le plan de traitement prescrit/recommandé? ☐ Oui ☐ NonVotre patient est-il également suivi par un spécialiste? ☐ Oui ☐ NonSi NON, pourquoi pas?

Un rendez-vous de suivi avec le spécialiste concerné est-il prévu? Si oui, veuillez indiquer la date : _____

Recommandations du spécialiste concernant les restrictions/capacités liées au travail :

_____Veuillez fournir des preuves cliniques objectives (y compris les résultats de radiographies, la tension artérielle, les données de laboratoire et tout autre résultat clinique pertinent) et les antécédents médicaux relatifs à l'état de santé actuel :

_____**REMARQUE : Veuillez fournir toutes les notes cliniques et tous les rapports médicaux (y compris les rapports de spécialistes et les tests de diagnostic disponibles dans le dossier) relatifs au problème de santé nécessitant un accommodement.**

Durée prévue de la période pendant laquelle les modifications seront nécessaires : _____

Si l'incapacité est liée à une grossesse, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement _____
Jour Mois AnnéeJe vois le patient chaque _____ (jour, semaine, etc.) Date de l'examen le plus récent _____
Jour Mois AnnéeLe patient a-t-il déjà souffert d'un problème de santé similaire? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez à quel moment et fournissez une description :

_____**CAPACITÉS FONCTIONNELLES :**Marcher (en continu): ☐ jusqu'à 30 min; ☐ jusqu'à 1 heure; ☐ aucune restriction; ☐ Autre (par exemple, sol inégal) _____Rester debout (en continu): ☐ jusqu'à 30 min; ☐ jusqu'à 1 heure; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____S'asseoir (en continu): ☐ up to 30 min; ☐ up to 1 hour; ☐ no restriction; ☐ Other _____Soulever (plancher à la taille): ☐ jusqu'à 5 kg; ☐ jusqu'à 10 kg; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____Soulever (taille aux épaules): ☐ jusqu'à 5 kg; ☐ jusqu'à 10 kg; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____Porter : ☐ jusqu'à 5 kg; ☐ jusqu'à 10 kg; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____Pousser/Tirer ☐ jusqu'à 5 kg; ☐ jusqu'à 10 kg; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____Monter des marches / échelle: ☐ incapable ☐ 2-3 marches seulement ☐ à son rythme ☐ avec assistance ☐ Aucune limitationApte à conduire: ☐ jusqu'à 2 heures ☐ jusqu'à 4 heures; ☐ Aucune limitation ☐ Autre _____En état d'utiliser des machines lourdes: ☐ jusqu'à 2 heures ☐ jusqu'à 4 heures; ☐ Aucune limitation ☐ Autre _____S'accroupir ☐ incapable ☐ occasionnellement ☐ Aucune limitation; ☐ Autre _____Ce pencher ☐ incapable ☐ occasionnellement ☐ Aucune limitation; ☐ Autre _____

L'employé est: ☐ Gaucher ☐ Droitier ☐ AmbidextreCapacité limitée à utiliser la main **gauche** pour: ☐ tenir des objets; ☐ saisir; ☐ Taper à l'ordinateur; ☐ écrireCapacité limitée à utiliser la main **droite** pour: ☐ tenir des objets; ☐ saisir; ☐ Taper à l'ordinateur; ☐ écrireTotalelement incapable d'utiliser la main **gauche** pour: ☐ tenir des objets; ☐ saisir; ☐ Taper à l'ordinateur; ☐ écrireTotalelement incapable d'utiliser la main **droite** pour: ☐ tenir des objets; ☐ saisir; ☐ Taper à l'ordinateur; ☐ écrireHeures par jour: ☐ 4 heures ☐ 6 heures ☐ 8 heures ☐ 10 heures ☐ 12 heures ☐ aucune restriction

Veuillez indiquer les restrictions applicables :

☐ Flexion / Rotation / Mouvements répétitifs (veuillez préciser) : _____☐ Exposition aux vibrations : ☐ Corps entier ☐ Main / Bras _____☐ Travail au niveau ou au-dessus des épaules : _____☐ Exposition environnementale (p. ex. chaleur, froid, bruit, odeurs) : _____☐ Exposition à des produits chimiques : _____☐ Heures supplémentaires NON restreintes (peut travailler plus de 40 heures/semaine) : _____☐ Heures supplémentaires restreintes lors d'un travail ou horaire modifié : _____**CAPACITÉS COGNITIVES :**Pressions liées aux délais: ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____Attention: ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____Mémoire: ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____Raisonnement: ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____Résolution de problèmes: ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Autres limitations évaluées cliniquement : _____

Si la nature du problème de santé est psychologique ou de santé mentale, veuillez indiquer si les critères de la CIM -10- MC ou du DSM 5 ont été évalués :☐ Oui ☐ Non**Veuillez préciser les limitations fonctionnelles ou les restrictions cognitives qui affectent la capacité de votre patient à accomplir ses tâches professionnelles habituelles, en ce qui a trait à la demande d'accommodement indiquée par votre patient sur ces formulaires.**

Y a-t-il des accommodements que l'employeur de votre patient pourrait mettre en place pour l'aider à gérer son problème de santé?

PronosticEst-il prévu que cet employé se rétablisse de ce problème de santé et retrouve sa pleine capacité fonctionnelle? ☐ Oui ☐ Non

Si non, quels sont les facteurs qui affectent les progrès de votre patient?

Nom de l'employé :

La Brasserie Labatt Limitée

Cet employé a-t-il atteint un rétablissement médical maximal pour ce problème de santé? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, existe-t-il des rapports de spécialistes pour étayer un rétablissement médical maximal? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez inclure le(s) rapport(s).

Date prévue du retour au travail avec des heures et des tâches complètes _____ Prochain rendez-vous: _____
Jour Mois Année Jour Mois Année

Commentaires additionnels :

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

AVIS AU MÉDECIN : Tout renseignement que vous fournissez à **Acclaim Gestion d'invalidité** concernant cette réclamation peut être divulgué au demandeur ou aux personnes autorisées par cette personne à recevoir de tels renseignements à moins que vous ne nous informiez par écrit qu'il existe une forte probabilité qu'une telle divulgation ait un effet négatif important sur la santé du demandeur ou qu'elle porte préjudice à un tiers.

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

Signature : _____ Spécialité : _____ Date : _____