

**Prière de faire parvenir à Gestion des invalidités 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	AAAA-MM-JJ	Catégorie d'employé(e)		
		<input type="checkbox"/> Permanent(e)	<input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire
Nom et prénom(s)			Âge	N° matricule
Adresse de la résidence				Téléphone
Unité structurelle	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)	AAAA-MM-JJ

**Réservé au centre de santé d'Hydro-Québec**

Date de réception du certificat	AAAA-MM-JJ	Initiales	
		<i>Médecin</i>	<i>Agent(e) de santé</i>

Nom et prénom(s)		N° 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 :			
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			AAAA-MM-JJ
Quand prévoyez-vous un retour ?			
<input type="checkbox"/> Au travail régulier	AAAA-MM-JJ	<input type="checkbox"/> Au travail avec restrictions	AAAA-MM-JJ
<input type="checkbox"/> Inapte à tout travail jusqu'au	AAAA-MM-JJ		
Nature et durée (semaines) des restrictions			
_____			
Quelles sont les raisons médicales justifiant 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) ?			AAAA-MM-JJ
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 (en caractères d'imprimerie)		AAAA-MM-JJ	
		<i>Signature du médecin</i>	
N° de permis	Adresse au bureau	Téléphone	Poste