



SHERWIN-WILLIAMS.



ORGANIZATIONAL SOLUTIONS INC.
SOLUTIONS ORGANISATIONNELLES INC.

Marche à suivre : invalidité de courte durée

1. Si vous ne l'avez pas encore fait, vous devez aviser votre superviseur ou votre directeur de votre absence immédiatement — ou vous soumettre aux exigences locales quant au signalement des absences.
2. Si vous ne l'avez pas encore fait, veuillez vous rendre sur le portail en ligne de Solutions Organisationnelles (OSI) au <https://portal.orgsoln.com> (nom d'utilisateur : Sherwin / mot de passe : Williams [notez que les informations sont sensibles aux majuscules et minuscules]) ou contactez-les sans frais au 1 877 674-2567 pour déclarer votre absence.
3. Vous pouvez obtenir les formulaires d'invalidité de courte durée sur le portail d'OSI ou OSI peut vous les envoyer par courriel. Veuillez remplir la partie de l'employé(e) et le consentement de la Déclaration du médecin traitant (DMT), puis demandez à votre médecin traitant de remplir la section qui lui est réservée. Retournez votre formulaire grâce au numéro de télécopieur confidentiel (1 866 511-0008) ou envoyez-le par courriel au OSI4Sherwin-Williams@orgsoln.com.
4. Après avoir soumis la réclamation, un spécialiste en gestion d'invalidité d'OSI vous contactera par téléphone afin de vous offrir son soutien pendant votre congé et votre retour au travail.
5. Vous êtes tenu de participer activement au traitement prescrit visant à vous faire reprendre votre travail régulier.
6. Sherwin-Williams déterminera si un travail temporaire vous convenant est disponible. Il est possible qu'on vous demande de faire remplir un formulaire d'évaluation des capacités fonctionnelles par votre médecin traitant afin qu'il décrive vos capacités.
7. OSI vous demandera de la documentation médicale mise à jour lorsque cela sera nécessaire. Veuillez effectuer un suivi avec votre médecin pour qu'il remplisse ces documents lorsqu'on vous en fait la demande. Cela permettra à Sherwin-Williams et à Solutions Organisationnelles de prévoir un travail qui sera approprié pour vous.
8. Retour au travail régulier.

Ci-inclus : Lettre à l'employé(e)

Lettre au médecin

Déclaration du médecin traitant



SHERWIN-WILLIAMS®



ORGANIZATIONAL SOLUTIONS INC.
SOLUTIONS ORGANISATIONNELLES INC.

À: Employé

Objet: **Invalidité de courte durée (ICD)**

Nous savons que vous vivez probablement des moments éprouvants, aussi bien sur le plan personnel que sur le plan de la santé. Nous espérons que les informations fournies dans ce dossier vous permettront de bien comprendre les procédures liées à votre congé d'invalidité. Sherwin-Williams fait appel à Solutions Organisationnelles pour l'assister dans le traitement de votre réclamation d'invalidité. Solutions Organisationnelles est une entreprise de gestion de soins de premier plan qui vous fournira le soutien nécessaire pendant votre absence.

Solutions Organisationnelles Inc. communiquera avec vous durant votre absence pour vous aider pendant votre récupération et votre retour au travail. La gestion des soins facilite aussi les «**BONS soins, au BON moment, pour les BONS résultats**». Elle est offerte à tous les employés admissibles chez Sherwin-Williams.

Si vous n'êtes pas en mesure de travailler à cause d'une blessure ou d'une maladie non reliée au travail, vous devez obtenir un formulaire de Déclaration du médecin traitant (DMT). Ce formulaire doit être rempli par votre médecin et devrait être retourné directement à Solutions Organisationnelles Inc. par fax au 1-866-511-0008 ou par courriel à OSI4Sherwin-Williams@orgsoln.com ou info@orgsoln.com.

Un spécialiste en gestion de dossiers d'invalidité de Solutions Organisationnelles Inc. travaillera avec vous pour vous soutenir et vous aider durant votre rétablissement. Le spécialiste en gestion de dossiers d'invalidité travaillera par téléphone avec vous, vos fournisseurs de soins de santé, et votre employeur en respectant la confidentialité en tout temps.

Toutes les informations médicales demeureront confidentielles. Seules les informations non médicales et vos capacités à exécuter ou non certaines tâches seront partagées avec le professionnel en ressources humaines de votre secteur.

Si vous désirez contacter votre spécialiste en gestion de dossiers d'invalidité de chez Solutions Organisationnelles Inc., vous pouvez le / la rejoindre au 1-877-674-2567 afin d'avoir des réponses à vos questions.

Sincèrement,

Sherwin-Williams

p.j. Lettre au médecin traitant
Déclaration du médecin traitant

Note : Dans le présent document, le genre masculin est utilisé afin d'alléger le texte et se veut inclusif et utilisé autant pour désigner les femmes, les hommes et le genre neutre.



ORGANIZATIONAL SOLUTIONS INC.
SOLUTIONS ORGANISATIONNELLES INC.

Cher Docteur,

Sherwin-Williams s'engage à assister ses employés dans leur rétablissement et à leur procurer un retour au travail sécuritaire. Sherwin-Williams est disposée à accorder des tâches et/ou un horaire de travail modifié à titre transitoire.

L'employé doit fournir des documents médicaux suffisants pour appuyer son absence, avoir droit aux prestations et contribuer à la préparation d'un plan de travail modifié adapté aux capacités ainsi qu'aux limitations de l'employé.

Veillez remplir et nous retourner le formulaire ci-joint de la *Déclaration du médecin traitant* afin d'assurer que la rémunération de votre patient ne soit pas interrompue. Une version électronique de ce formulaire est disponible au: <https://portal.orgsoln.com>

Utilisateur: DMT
Mot de passe: frdmt17

L'employé doit soumettre (par fax) son consentement à Solutions Organisationnelles inc.

Un Spécialiste en gestion de dossiers d'invalidité de Solutions Organisationnelles inc. travaillera avec votre patient pour lui apporter de l'aide et du soutien pendant son rétablissement et son retour au travail.

Tous les renseignements médicaux seront traités avec la plus stricte confidentialité, et nous communiquerons seulement les informations associées aux capacités de retour au travail de l'employé, aux représentants de Sherwin-Williams.

Nous vous remercions d'avance pour votre assistance et vous invitons à nous rejoindre au 1-877-674-2567 pour obtenir des réponses à vos questions.

Veillez agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Spécialiste en gestion de l'invalidité
1-877-674-2567
Courriel : OSI4Sherwin-Williams@orgsoln.com

Ci-joint : *Déclaration du médecin traitant*

Veillez noter : Le rôle du médecin traitant en aidant le retour du patient au travail comporte quatre éléments principaux: fournir au patient des services médicaux nécessaires liés à la blessure ou la maladie afin d'atteindre une santé optimale et une fonctionnalité totale; fournir des renseignements médicaux objectifs en temps opportun, précis pour l'examen de l'éligibilité des prestations d'assurance, et fournir des informations médicales objectives, précises et en temps opportun dans le cadre du programme de retour au travail en temps opportun "

CMA – The Treating Physician's Role in Helping Patients Return to Work After an Illness or Injury (Update 2013).

Note : Dans le présent document, le genre masculin est utilisé afin d'alléger le texte et se veut inclusif et utilisé autant pour désigner les femmes, les hommes et le genre neutre.



Pour qu'une absence soit admissible en vertu du régime d'invalidité de courte durée de l'employeur, la documentation médicale doit contenir des résultats cliniques objectifs et des renseignements médicaux détaillés qui établissent la présence d'un problème médical et d'un traitement. Les résultats médicaux doivent prouver la présence d'une condition suffisamment grave pour empêcher votre patient(e)/client(e) de participer à son travail.

Cet(te) employé(e) exerce une requête en vertu du programme d'invalidité de courte durée de son employeur qui assure le remplacement de son revenu pendant son congé de maladie.

- C'est à l'employé(e) qu'il incombe de fournir les renseignements médicaux qui appuient son absence et de payer toutes les dépenses engagées pour obtenir ces renseignements.
- Ne pas soumettre ces résultats promptly pourrait engendrer une suspension du revenu pour votre patient(e)/client(e).
- Ceci n'est pas une demande d'examen, mais une demande de renseignements tirés de votre évaluation clinique.

Si l'absence est liée à une chirurgie, ce formulaire devra être rempli une fois la chirurgie terminée.

Après l'avoir rempli, veuillez le télécopier à Solutions Organisationnelles (OSI) au **1 866 511-0008**. Pour des renseignements supplémentaires, veuillez nous joindre au **1 866 674-7656**.

1 Renseignements sur l'employé(e) – À remplir par l'employé(e) – page 1 de 4

Nom de l'employeur : SHERWIN WILLIAMS			
Nom de l'employé(e) :		Nom de famille (les résidentes du Québec doivent aussi inscrire leur nom de jeune fille) :	
Numéro d'employé(e) :	Date de naissance : ____ / ____ / ____	Téléphone à la maison :	Téléphone au travail :
Téléphone cellulaire :		Adresse courriel :	
Adresse résidentielle :			Occupation :
Nom du (de la) supérieur(e) immédiat(e) :			Téléphone :
Veuillez décrire la nature de la maladie ou des blessures subies :			
<p>Votre maladie ou blessure est-elle causée par un accident? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si Oui: 1) L'accident s'est produit : À la maison <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> Ailleurs <input type="checkbox"/></p> <p>Date et heure de l'accident : ____ / ____ / ____ à _____</p> <p>2) Avez-vous fait ou ferez-vous une demande d'indemnisation du travailleur à la CSST? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>3) Votre maladie ou blessure est-elle due à un accident de véhicule motorisé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, joignez une copie du rapport d'accident.</p> <p>4) Date du premier jour d'absence : ____ / ____ / ____</p>			
Date de la première évaluation médicale : ____ / ____ / ____		Date de retour au travail prévue ou définitive : ____ / ____ / ____	
Type d'invalidité : Maladie <input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Blessure de travail <input type="checkbox"/> Accident de véhicule motorisé <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/>			

2 Autorisation de divulguer des renseignements

Je certifie que les déclarations énoncées dans le présent formulaire sont véridiques et complètes.

J'autorise Solutions Organisationnelles ainsi que leurs agents et fournisseurs de services à utiliser et à échanger les renseignements requis pour conseiller mon employeur au sujet de mon absence (en vertu du régime d'invalidité de courte durée et de congés de maladie de mon employeur) avec toute personne ou organisation possédant des renseignements pertinents relativement à mon absence, y compris des professionnels de la santé, des institutions et des assureurs.

J'autorise les fournisseurs de soins de santé, les institutions, la société d'assurance offrant le programme d'invalidité de longue durée ou la Commission de la santé et de la sécurité au travail concernés par mon traitement ou ma demande de règlement à divulguer et transmettre tout renseignement et tout document exigé par l'employeur et son représentant, Solutions Organisationnelles, au sujet de mon état de santé médical ou psychologique actuel. J'autorise également Solutions Organisationnelles à transmettre des informations à l'assureur, à la Commission de la santé et de la sécurité au travail, aux administrateurs des prestations gouvernementales et aux professionnels de la santé. Tous les renseignements seront traités dans le respect de la plus stricte confidentialité. Les renseignements concernant ma capacité à retourner au travail seront communiqués à mon employeur.

J'accepte qu'un fac-similé ou une photocopie soit considéré comme aussi valides que la copie originale signée.

Signature de l'employé(e) : _____ Date : ____ / ____ / ____



Déclaration du Médecin Traitant (DMT)

t: 1-866-674-7656; tc: 1-866-511-0008; c: OSI4Sherwin-Williams@orgsoln.com

3 Questionnaire médical

Docteur(e), l'employeur tient à soutenir ses employé(e)s malades ou blessés durant leur rétablissement afin de leur assurer un retour au travail en toute sécurité et au moment opportun. Nous vous invitons à répondre aux questions suivantes pour que l'employé(e) puisse retourner ce formulaire le plus rapidement possible par télécopieur au **1 866 511-0008**.

Il est également possible de remplir ce formulaire en ligne à l'adresse suivante : <https://portal.orgsoln.com> (Utilisateur : DMT / Mot de passe : frdmt17)

Histoire

Date de la première consultation : ____ / ____ / ____ Date de la plus récente consultation : ____ / ____ / ____

Date de la dernière journée travaillée : ____ / ____ / ____

Quand les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu? ____ / ____ / ____

Votre patient(e) a-t-il(elle) déjà eu ce problème ou un problème semblable? Oui Non Inconnu

Si oui, dites quand et décrivez : _____

Fréquence des symptômes dans les six derniers mois : _____

Signes physiques : _____

Noms et spécialités des autres médecins traitants (veuillez inclure des copies des rapports de consultation) :

Noms	Spécialités	Fréquence des visites/Traitements	Dates de consultations

**Si le diagnostic est PSYCHIATRIQUE, veuillez passer à la page 4 pour remplir le questionnaire approprié.
La signature est requise à la page 3.**

Diagnostic (y compris les complications)

Primaire : _____ Secondaire : _____

Facteurs ou complications de comorbidité : _____

Si le diagnostic est obstétrique : Date prévue de l'accouchement ____ / ____ / ____Le(La) patient(e) est-il confiné au lit? Oui Non

Signes et symptômes : _____

Résultats objectifs et cliniques – Veuillez être spécifique – résultats physiques pertinents (y compris la gravité et la fréquence) :

Si le diagnostic est de nature musculosquelettique, veuillez indiquer les résultats neurologiques : Commentaires :

Région(s) affectée(s) : Droite Gauche Les deux _____Réflexes : Droite Gauche Les deux _____Présence de faiblesse : Oui Non _____Atrophie musculaire : Oui Non _____Perte de sensation ou engourdissement : Oui Non _____Signes de Tinel ou de Phalen positifs : Oui Non _____

Douleur irradiante? Veuillez décrire: _____

Votre patient(e) a-t-il(elle) des comportements indiquant qu'il(elle) éprouve une douleur localisée? Oui Non _____

Plan de traitement

Admission à l'hôpital – Date d'admission ____ / ____ / ____ Date de sortie : ____ / ____ / ____

Chirurgie : Oui Non Date: ____ / ____ / ____ Procédure chirurgicale : _____

Veuillez inscrire le type de tests diagnostiques complétés ou en cours : _____ Date: ____ / ____ / ____

Médication (joignez une autre page au besoin) :

Nom	Posologie	Date du début	Date(s) de changement(s) et raison(s)	Réponse clinique



Déclaration du Médecin Traitant (DMT)

Questionnaire médical (suite)

Traitement actuel et proposé – inclure le type, la fréquence et la durée : _____

Une référence pour une physiothérapie a-t-elle été faite? Oui Non

Date du début de la physiothérapie ___ / ___ / ____

Observance thérapeutique – Votre patient(e) se conforme-t-il(elle) au programme de traitement recommandé? Oui Non

Capacité fonctionnelle

VEUILLEZ INDIQUER LES CAPACITÉS ACTUELLES

Durée prévue des limitations : _____

MOBILITÉ	OCCASIONNEL (1-33%)			FRÉQUENT (34-66%)			CONSTANT (67-100%)			AUCUNE LIMITATION		
Position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexion / torsion prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller / s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOULEVER DES CHARGES (DU SOL À LA TAILLE)												
Sédentaire (jusqu'à 4,5 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léger (4,6 à 9,0 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyen (9,1 à 22 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOULEVER DES CHARGES (DE LA TAILLE AUX ÉPAULES)												
Sédentaire (jusqu'à 4,5 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léger (4,6 à 9,0 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyen (9,1 à 22 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAUT DU CORPS												
	Droite	Gauche	Les deux	Droite	Gauche	Les deux	Droite	Gauche	Les deux	Droite	Gauche	Les deux
Pousser / Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agripper / Empoigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendre les bras vers l'avant (plus de 45 cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendre les bras au-dessus de la tête (plus de 178 cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre patient(e) est-il apte à conduire un véhicule motorisé? Oui Non

Si la réponse est non, l'inaptitude de votre patient(e) à conduire un véhicule mobilisé a-t-elle été rapportée au Ministère des Transports? Oui Non

Date: ___ / ___ / ____

Pronostic

Au meilleur de mes connaissances, cet(te) employé(e) est dans l'incapacité complète de travailler du (date :) ___ / ___ / ____ au (date :) ___ / ___ / ____

Quel est le pronostic pour un retour au travail régulier sans restriction? _____

Quels sont les facteurs qui pourraient nuire au progrès clinique de votre patient(e)? _____

Est-ce qu'une guérison complète est prévue? Oui Non

Avis au médecin Tous les renseignements que vous transmettez à Solutions Organisationnelles relativement à la présente absence pourront être divulgués à l'employé(e) et/ou aux personnes autorisées par lui(elle) à recevoir ce renseignement, à moins que vous nous avisiez par écrit qu'il y a une probabilité significative qu'une telle révélation puisse avoir un effet négatif substantiel sur la santé de l'employé(e) ou qu'elle pourrait léser un tiers.

Signature du médecin : _____ Nom du médecin (en lettres moulées) : _____

Date : ___ / ___ / ____ Spécialité : _____ Rue : _____ Ville : _____

Province: _____ Code postal: _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____ Numéro de licence : _____



Déclaration du Médecin Traitant (DMT)

4 Remplissez cette section si le diagnostic est de nature PSYCHIATRIQUE

Diagnostic psychiatrique/Raison de la visite (en fonction du DSM-5) : _____

Diagnostic secondaire (si applicable) : _____

Les symptômes du(de la) patient(e) sont-ils dus à un abus de drogue ou d'alcool? Oui Non

Si oui, détaillez : _____

Admission à l'hôpital ou dans un programme de désintoxication? Oui Non Si oui, details: _____

Signes et symptômes : _____

Code(s) du DSM-5 : _____ Résultat actuel à l'évaluation globale de fonctionnement (EGF) : _____

Sévérité : Faible Modérée Sévère Date de l'apparition : ____ / ____ / ____

VEUILLEZ INDIQUER LES CAPACITÉS ACTUELLES :

CAPACITÉS COGNITIVES	OCCASIONNEL (1-33%)	FRÉQUENT (34-66%)	CONSTANT (67-100%)	AUCUNE INCAPACITÉ
Communication verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attention aux détails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à suivre et à fournir des instructions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Des limitations fonctionnelles s'appliquent-elles au diagnostic? _____

Votre patient(e) est-il(elle) capable d'accomplir ses activités de la vie quotidienne (AVQ)? Oui Non

Si la réponse est non, veuillez préciser en quoi la condition médicale de votre patient(e) nuit à sa capacité d'accomplir ses AVQ : _____

À quelle fréquence votre patient(e) est-il(elle) évalué(e)? _____

Veuillez indiquer si une autre condition médicale a été écartée comme cause ou contributeur potentiel à l'état de santé mentale actuel de votre patient(e) : _____

Médication (joignez une autre page au besoin) :

Nom	Posologie	Date du début	Date(s) de changement(s) et raison(s)	Réponse Clinique

Référence pour une thérapie/soutien : Oui Non Si oui, fournissez le nom et des détails : _____

Référence à un psychiatre : Oui Non Si oui, fournissez le nom et des détails : _____

Si oui, fournissez la date du prochain rendez-vous : ____ / ____ / ____

Date à laquelle a été faite la référence : ____ / ____ / ____

Si non, fournissez une justification : _____

Y a-t-il des facteurs de stress qui pourraient affecter le retour au travail? Oui Non

Problèmes psychosociaux et environnementaux : Oui Non Problèmes sur les lieux de travail : Oui Non

Commentaires : _____

Veillez fournir des recommandations afin de garantir à votre patient(e) un retour au travail sécuritaire et approprié : _____

Docteur(e), veuillez remplir le pronostic et signer à la page 3.