# Capacités cognitives fonctionnelles à domicile et au travail

Veuillez remettre le formulaire rempli à votre patient avant la fin du rendez-vous.

À être rempli en respectant la ***Section 53 (2) Medical Information to Third Parties and Sickness Certificates des Standards of Practice of Medicine, (1er janvier 2019)*** Manitoba College of Physicians and Surgeons.

À l’attention du professionnel de la santé :

Le patient que vous allez traiter a subi une blessure/une maladie au travail. La présente lettre vise à demander votre aide pour guider votre patient dans ses activités à la maison et au travail, pendant son rétablissement de sa blessure/sa maladie.

Pour aider les employés blessés/malades, nous offrons un programme exhaustif de travail aménagé, sans perte de revenu pour l’employé. Tous les plans de retour au travail sont élaborés en collaboration avec le membre de notre équipe, vous- même (le fournisseur de soins de santé traitant), le superviseur du membre de l’équipe, le service de santé et sécurité et la Workers Compensation Board (WCB).

En raison de nos diverses activités, nous sommes en mesure d’offrir un large éventail d’aménagements. **Ils incluent la possibilité de pauses plus fréquentes, un horaire de travail réduit ainsi que des tâches modifiées ou d’autres tâches, incluant des tâches sédentaires, le cas échéant.**

Nous avons eu l’occasion de discuter du programme de retour au travail avec cet employé, mais nous serions reconnaissants de votre soutien et de votre participation afin de nous permettre d’avoir une bonne compréhension des recommandations quant aux capacités et aux limites.

Veuillez remplir le formulaire des capacités cognitives fonctionnelles ci-joint afin de nous aider à fournir un programme de travail personnalisé à votre patient. Veuillez remettre le formulaire rempli à votre patient avant la fin du rendez-vous. Si des frais sont exigés pour remplir le formulaire, nous serions heureux de vous les verser directement. Si le patient paie ces frais, veuillez lui remettre un reçu de paiement intégral afin que nous puissions le rembourser.

Si vous avez des préoccupations quant aux tâches qui peuvent être offertes, veuillez les noter sur le formulaire et nous demanderons à la WCB de vous contacter directement afin de vous fournir des éclaircissements.

Nous vous remercions de traiter le membre de notre équipe et nous sommes reconnaissants de votre aide pour qu’il puisse retourner rapidement au travail et, plus important, en toute sécurité.

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec moi en tout temps.

NOM :

TITRE : ENTREPRISE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

# Capacités cognitives fonctionnelles à domicile et au travail

- tâches modifiées disponibles

Veuillez remettre le formulaire rempli à votre patient avant la fin du rendez-vous.

À être rempli en respectant la ***Section 53 (2) Medical Information to Third Parties and Sickness Certificates des Standards of Practice of Medicine, (1er janvier 2019)*** Manitoba College of Physicians and Surgeons.

Nom du patient Date du rendez-vous

Le patient est-il capable d'effectuer des tâches modifiées ou d’autres tâches? Oui

Non

Si non, veuillez fournir la justification de l’invalidité totale :

Le patient est-il apte à reprendre ses tâches habituelles? Oui Non (Si non, veuillez remplir les sections suivantes.)

| **Activités** | **Pleines capacités** | **Si limitées, précisez les capacités** |
| --- | --- | --- |
| Exercer les pleines capacités cognitives |  |  |
| Maintenir la concentration/le champ d’attention |  |  |
| Gérer de multiples demandes simultanées |  |  |
| Exercer la pleine capacité de mémoire |  |  |
| Faire fonctionner de l’équipement motorisé |  |  |
| Travailler et résoudre des problèmes avec précision |  |  |
| Travailler et résoudre des problèmes avec rapidité |  |  |
| Faire preuve de bon jugement |  |  |
| Maintenir une endurance |  |  |
| Gérer des échéanciers serrés |  |  |
| Gérer des priorités changeantes |  |  |
| Travailler de manière autonome |  |  |
| Travailler avec les autres |  |  |
| Recevoir et suivre des instructions écrites/verbales |  |  |
| Conduire (Si non, veuillez expliquer.) |  |  |
| Autre |  |  |

| Durée estimée des limites : | Rétablissement total prévu : Oui Non |
| --- | --- |
| Heures de travail recommandées : Temps plein Horaire réduit (Veuillez indiquer l’horaire quotidien/hebdomadaire) |
| Fréquence des traitements : | Date prévue de retour aux capacités habituelles : |
| Date de réévaluation : | Commentaires supplémentaires : |
|  |
| Nom/adresse/téléphone/télécopieur ou TIMBRE du professionnel de la santé | Date |

Veuillez remettre le formulaire rempli à votre patient avant la fin du rendez-vous