



## FORMULAIRE DÉTERMINATION DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Ce formulaire, une fois complété, permet à l'employeur de prendre des mesures d'adaptation à l'égard d'un employé malade ou blessé afin qu'il demeure au travail ou, si son absence est inévitable, qu'il retourne au travail dès qu'il est sécuritaire de le faire. C'est un exemple de document qui reflète les meilleures pratiques pour obtenir les renseignements des professionnels de soins de santé en cas de maladie ou de blessure d'un employé, adapté pour une utilisation partout dans la fonction publique fédérale.

### SECTION A – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (À remplir par le superviseur de l'employé)

Nom de l'employé :	CDIP :	Classification:	Direction générale/Division :	Bureau/Emplacement :
Date de la blessure/maladie : (aaaa/mm/jj):	La blessure/maladie est : <input type="checkbox"/> reliée au travail <input type="checkbox"/> non reliée au travail	<input type="checkbox"/> Première occurrence ou <input type="checkbox"/> Récurrence	Date du début de l'absence : (aaaa/mm/jj)	
Titre du poste/occupation :	Heures normales de travail de l'employé : _____ heures/jour; et _____ heures/semaine <input type="checkbox"/> Saisonnières de _____ à _____	Nom du superviseur :	N° de téléphone du superviseur :	

### SECTION B – CAPACITÉS REQUISES POUR LA RÉALISATION DES TÂCHES (À remplir par le superviseur de l'employé)

Les tâches régulières de l'employé nécessitent les capacités physiques et/ou non physiques suivantes. Veuillez noter que les cotes sont approximatives.

(SECTION C – Limites et Restrictions, à remplir par le médecin praticien ou le thérapeute traitant)

#### B.1) MOUVEMENTS DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Bas du dos : <input type="checkbox"/> Se pencher vers l'avant <input type="checkbox"/> Se pencher vers l'arrière <input type="checkbox"/> Torsion <input type="checkbox"/> Flexion latérale	Limites/Restrictions <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser dans la Section C)
Haut du dos : <input type="checkbox"/> Se pencher vers l'avant <input type="checkbox"/> Se pencher vers l'arrière <input type="checkbox"/> Torsion <input type="checkbox"/> Flexion latérale	
Cou : <input type="checkbox"/> Se pencher vers l'avant <input type="checkbox"/> Regarder vers le haut <input type="checkbox"/> Rotation <input type="checkbox"/> Flexion latérale	
Informations supplémentaires :	

#### B.2) ACTIVITÉS EN POSITION ASSISE

<input type="checkbox"/> Travail de bureau (lecture, écriture) – _____ % du jour	<input type="checkbox"/> Réunions – _____ % du jour	Limites/Restrictions <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser dans la Section C)
<input type="checkbox"/> Travail à l'ordinateur – _____ % du jour	<input type="checkbox"/> Conduire – _____ % du jour	
<input type="checkbox"/> Se servir du téléphone ( <input type="checkbox"/> avec casque d'écoute) – _____ % du jour		
<input type="checkbox"/> Autre (p. ex., travail de laboratoire ou utilisation de machines) – _____ % du jour		
Informations supplémentaires :		

#### B.3) ACTIVITÉS EN POSITION DEBOUT

<input type="checkbox"/> Rester debout – _____ % du jour, ou _____ heures par jour : sur quel type de surface _____	Limites/Restrictions <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser dans la Section C)	
<input type="checkbox"/> Marcher – _____ distance, ou _____ heures par jour : sur quel type de surface _____		
<input type="checkbox"/> Activités nécessitant de l'équilibre : _____		
<input type="checkbox"/> Se pencher <input type="checkbox"/> S'accroupir <input type="checkbox"/> S'asseoir sur ses talons <input type="checkbox"/> S'agenouiller		
<input type="checkbox"/> Ramper <input type="checkbox"/> Monter (p. ex., escaliers, escabeau) – _____		
<input type="checkbox"/> Faire fonctionner du matériel de bureau général (p. ex. imprimante, photocopieur, massicot)		
Informations supplémentaires :		

#### B.4) SOULEVER, TRANSPORTER, POUSSER OU TIRER

<input type="checkbox"/> Soulever des articles au sol ou les déposer	Poids minimum _____ kg ou _____ lbs	Poids maximum _____ kg ou _____ lbs	Limites/Restrictions <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser dans la Section C)
<input type="checkbox"/> Soulever des articles à partir des épaules, jusqu'à ce niveau ou plus haut	_____ kg ou _____ lbs	_____ kg ou _____ lbs	
<input type="checkbox"/> Transporter	_____ kg ou _____ lbs	_____ kg ou _____ lbs	
<input type="checkbox"/> Pousser	_____ kg ou _____ lbs	_____ kg ou _____ lbs	
<input type="checkbox"/> Tirer	_____ kg ou _____ lbs	_____ kg ou _____ lbs	
Informations supplémentaires :			

#### B.5) TRAVAILLER AVEC LES ÉPAULES, LES COUDES, LES POIGNETS, LES MAINS OU LES DOIGTS

Étendre les bras : <input type="checkbox"/> au-dessus des épaules, <input type="checkbox"/> sous les épaules, <input type="checkbox"/> au niveau des épaules	Limites/Restrictions <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser dans la Section C)
Manutention: <input type="checkbox"/> de petits objets, <input type="checkbox"/> d'outils/d'objets nécessitant un poigne solide, <input type="checkbox"/> d'outils/d'objets vibrants	
<input type="checkbox"/> Dactylographier – _____ % du jour <input type="checkbox"/> Utiliser une souris d'ordinateur <input type="checkbox"/> Faire du classement	
<input type="checkbox"/> Écrire – _____ % du jour <input type="checkbox"/> Manier avec les doigts	
Informations supplémentaires :	

#### B.6) ACTIVITÉS NÉCESSITANT LES SENS

<input type="checkbox"/> Toucher/tâter <input type="checkbox"/> Parler <input type="checkbox"/> Entendre	Limites/Restrictions <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser dans la Section C)
<input type="checkbox"/> Vision chromatique <input type="checkbox"/> Vue rapprochée <input type="checkbox"/> Vue éloignée	
<input type="checkbox"/> Perception de la profondeur <input type="checkbox"/> Sentir <input type="checkbox"/> Goûter	
<input type="checkbox"/> Conduire <input type="checkbox"/> Travailler à l'écran d'ordinateur – _____ % du jour	
Informations supplémentaires :	

#### B.7) ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

<input type="checkbox"/> À l'intérieur <input type="checkbox"/> Bureau fermé <input type="checkbox"/> Aires ouvertes (p. ex., poste de travail modulaire) <input type="checkbox"/> Espace confiné	Limites/Restrictions <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser dans la Section C)
<input type="checkbox"/> À l'extérieur <input type="checkbox"/> Endroits non familiers ou imprévisibles _____ % du jour	
Exposition : <input type="checkbox"/> conditions climatiques, <input type="checkbox"/> bruit/distractions Extrême : <input type="checkbox"/> chaleur, <input type="checkbox"/> froid	
<input type="checkbox"/> Endroit humide et mouillé <input type="checkbox"/> Endroit sec <input type="checkbox"/> Émanations/vapeur/poussière	
<input type="checkbox"/> Vibration <input type="checkbox"/> Produits parfumés <input type="checkbox"/> Animaux sauvages	
<b>Risques potentiels :</b>	
<input type="checkbox"/> Explosifs <input type="checkbox"/> Choc électrique <input type="checkbox"/> Rayonnement <input type="checkbox"/> ionisant, <input type="checkbox"/> non ionisant	
<input type="checkbox"/> Chute d'objets <input type="checkbox"/> Objets tranchants <input type="checkbox"/> Endroits situés en hauteur et <input type="checkbox"/> Posture soutenue exposés	
<input type="checkbox"/> Bruit intermittent <input type="checkbox"/> Bruit continu <input type="checkbox"/> Pièces mécaniques en mouvement <input type="checkbox"/> Posture inconmode	
<input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Risque d'infection <input type="checkbox"/> Manutention de déchets <input type="checkbox"/> Mouvement répétitifs	
<input type="checkbox"/> Contaminants biologiques ou chimiques <input type="checkbox"/> Manutention d'armes à feu <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> Manutention de machines ou de matériels lourds	

Décrivez le type d'équipement de protection personnelle utilisé (s'il y a lieu) pour se protéger contre les risques que comporte l'environnement de travail physique :	
--	--

**B.8) CAPACITÉ NON PHYSIQUES RELIÉES À LA TÂCHE**

<b>Exigences en matière d'horaire de travail :</b> <input type="checkbox"/> Suivre un horaire, être présent et ponctuel <input type="checkbox"/> Travail par quarts ou par roulement <input type="checkbox"/> Échéances : <input type="checkbox"/> fréquentes, ou <input type="checkbox"/> occasionnelles <input type="checkbox"/> Maintenir une endurance ou un rythme de travail <input type="checkbox"/> Monotonie <input type="checkbox"/> Déplacements : fréquence _____, moyen de transport _____, moment de la journée _____ Informations supplémentaires :	<b>Limites/Restrictions</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser dans la Section C)
<input type="checkbox"/> Journées de travail prolongées, heures supplémentaires <input type="checkbox"/> En disponibilité <input type="checkbox"/> Travail répétitif, de cycle court <input type="checkbox"/> Tâches variées <input type="checkbox"/> Premier intervenant en cas d'urgence	

<b>Exigences sociales/émotionnelles :</b> <input type="checkbox"/> Travailler en isolement <input type="checkbox"/> Établir des relations et des réseaux <input type="checkbox"/> Influencer les autres <input type="checkbox"/> Résoudre des conflits (négocier ou soumettre à la médiation) <input type="checkbox"/> Travailler dans des situations de crise ou d'urgence Informations supplémentaires :	<b>Limites/Restrictions</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser dans la Section C)
<input type="checkbox"/> Travailler en équipe <input type="checkbox"/> Superviser les autres <input type="checkbox"/> Demander des rétroactions ou des critiques constructives et y répondre <input type="checkbox"/> Être exposé à des situations émotionnelles ou conflictuelles <input type="checkbox"/> Travailler en étroite collaboration avec le public, les clients ou d'autres personnes (collègues, superviseur, etc.)	

<b>Exigences cognitives/mentales :</b> <input type="checkbox"/> Souci du détail <input type="checkbox"/> Travailler selon des directives précises <input type="checkbox"/> Atteindre des limites ou des normes précises <input type="checkbox"/> Affectations multiples <input type="checkbox"/> Résolution des problèmes et prise de décisions <input type="checkbox"/> Capacité d'adaptation <input type="checkbox"/> Jugement sûr <input type="checkbox"/> Manutention d'armes à feu Informations supplémentaires :	<b>Limites/Restrictions</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser dans la Section C)
<input type="checkbox"/> Vigilance constante, concentration soutenue <input type="checkbox"/> Supervision minimale et autonomie <input type="checkbox"/> Rétention de renseignements <input type="checkbox"/> Sens de l'organisation et gestion du temps <input type="checkbox"/> Esprit d'initiative <input type="checkbox"/> Raisonnement analytique <input type="checkbox"/> Communication écrite efficace <input type="checkbox"/> Manutention de machines ou de matériels lourds	

Signature du superviseur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**SECTION C – LIMITES/RESTRICTIONS (À remplir par le médecin ou le thérapeute traitant)**  
 pages supplémentaires attachées

**NE PAS FOURNIR DE RENSEIGNEMENTS SUR LE DIAGNOSTIC, LE TRAITEMENT OU LES MÉDICAMENTS**

- 1) Préciser les limites de travail indiquées à la Section B (p. ex., fréquence des mouvements, heures de travail).
- 2) Préciser les restrictions de travail indiquées à la Section B.
- 3) Préciser les éventuelles restrictions attribuables aux médicaments qui pourraient nuire à la sécurité de l'employé ou de ses collègues pendant la réalisation des tâches indiquées à la Section B
- 4) L'employé peut commencer à exécuter des tâches, conformément aux limites et restrictions décrites ci-dessus, le \_\_\_\_\_.

**SECTION D – SIGNATURE DU MÉDECIN OU DU PROFESSIONNEL DES SOINS DE SANTÉ**

Date de réévaluation des capacités fonctionnelles de l'employé s'il n'est actuellement pas en mesure de s'acquitter sans limite ou restriction des tâches décrites à la Section B : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 aaaa / mm / jj

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_