



## Certificat médical

<p>Prière de faire parvenir une copie de ce formulaire complété à l'unité Présence au travail :</p> <p>Adresse courriel :</p> <p><b>Veillez transmettre vos documents numérisés en un seul fichier en format pdf.</b></p> <p>Télécopieur : 514 289-6475</p> <p><b>Adresse Postale :</b> Hydro-Québec Présence au travail 5025, boul. Lapinière, 3<sup>e</sup> étage Brossard (Québec) J4Z 0N5</p> <p><b>Pour plus d'information :</b> Téléphone (sans frais) : 1 844 800-7474, option 4 Téléphone (interne) : 800-7474, option 4</p>	<p><b>Important :</b></p> <p>Veillez <b>CONSERVER LES DOCUMENTS ORIGINAUX</b> qui soutiennent votre demande de prestations, car ils pourraient être demandés par l'unité Présence au travail, par la direction – Santé et sécurité d'Hydro-Québec ou par SSQ (représentant d'Hydro-Québec pour la gestion des absences). Vous n'avez pas à nous transmettre l'original à moins que nous vous le demandions.</p> <p>Pour que votre absence soit justifiée et que vous puissiez toucher des prestations du régime de protection du salaire, <b>vous devez consulter un dentiste ou un médecin</b> et vous assurer que toutes les sections du présent document soient remplies et signées.</p> <p>À défaut de remplir vos obligations dans les délais prescrits par le RSS, le RSSS et le RCM, votre période d'absence du travail sera non rémunérée et vous pourriez être considéré comme absent ou absente sans autorisation.</p>
--	--

<p><b>Informations importantes au sujet de la collecte de vos renseignements personnels</b></p> <p>Les renseignements personnels visés par le présent formulaire sont recueillis aux fins du traitement de votre demande d'invalidité à court terme par SSQ au nom d'Hydro-Québec, dont la principale place d'affaires se situe au 75, boul. René Lévesque Ouest, Montréal, Québec, H2Z 1A4. Auront accès à vos renseignements personnels, les personnes suivantes : les employés de soutien administratif, professionnels de la santé et autres représentants d'Hydro-Québec impliqués dans le traitement de votre présente absence au travail. Sachez que vous disposez du droit d'accéder et de rectifier vos renseignements personnels prévus par la <i>Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels</i>. Pour plus d'informations à ce sujet, visiter le <a href="https://www.hydroquebec.com/documents-donnees/loi-sur-acces/demande-acces-information.html">https://www.hydroquebec.com/documents-donnees/loi-sur-acces/demande-acces-information.html</a></p>
--

<p><b>Au médecin ou dentiste dûment accrédité</b></p> <p>Les renseignements demandés dans ce rapport seront traités confidentiellement et permettront au personnel dûment autorisé à titre de représentant 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 du salaire de l'entreprise et de prévoir les modalités de sa réinsertion au travail avec ou sans restriction.</p>
---

### Identification (section remplie par l'employé(e))

Premier jour d'absence	AAAA-MM-JJ	Catégorie d'emploi		
		<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire
Nom et prénom			Date de naissance	Matricule
Adresse de la résidence				Téléphone
Adresse personnelle de courrier électronique				
Unité structurelle		Appellation d'emploi	Lieu de travail	
Nom du supérieur immédiat		Appellation d'emploi	Téléphone	Poste

### Section réservée à l'employé(e)

<p>J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, clinique ou centre hospitalier consultés dans le cadre de la présente absence à fournir au personnel dûment autorisé à titre de représentant d'Hydro-Québec pour la gestion des absences 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. Une photocopie de la présente autorisation a valeur d'original. La présente autorisation est valide durant la période de traitement de la présente absence au travail.</p>	
Signature de l'employé(e)	AAAA-MM-JJ

## Rapport médical

Nom et prénom(s) de l'employé(e)		Date de naissance	
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 :			
<b>Organisme appelé à verser des prestations</b> Société de l'assurance automobile du Québec <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Commission des normes, de l'équité, 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
Date de retour prévue	AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ
<input type="checkbox"/> Travail sans restriction	<input type="checkbox"/> Travail avec restrictions	<input type="checkbox"/> Inapte à tout travail jusqu'au	
Nature et durée des restrictions			
SVP mentionner les tâches que l'employé(e) est en mesure d'accomplir actuellement.			
<hr/> <hr/>			

### Modalités de retour au travail proposées

Semaine du	Jours par semaine	<b>x</b>	Nombre de semaine	<input type="checkbox"/> Consécutifs	<input type="checkbox"/> Non-consécutifs
Semaine du	Jours par semaine	<b>x</b>	Nombre de semaine	<input type="checkbox"/> Consécutifs	<input type="checkbox"/> Non-consécutifs
Semaine du	Jours par semaine	<b>x</b>	Nombre de semaine	<input type="checkbox"/> Consécutifs	<input type="checkbox"/> Non-consécutifs
Semaine du	Jours par semaine	<b>x</b>	Nombre de semaine	<input type="checkbox"/> Consécutifs	<input type="checkbox"/> Non-consécutifs

### Section à remplir pour toute absence de plus de 14 jours ou s'il y a prolongation de l'absence

Quelles sont les raisons médicales justifiant l'invalidité ?	
<hr/> <hr/>	
Quelle est la nature des traitements actuels ?	
<hr/> <hr/>	
Quelles sont les limitations fonctionnelles objectives empêchant la personne d'accomplir son travail ?	
<hr/> <hr/>	
Selon vous, quand pourrions-nous proposer une réinsertion progressive à cette personne ?	AAAA-MM-JJ
Remarques	
<hr/> <hr/>	

Désirez-vous qu'un médecin de SSQ ou d'Hydro-Québec communique avec vous au sujet de cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom (en caractères d'imprimerie)		AAAA-MM-JJ
N° de permis	Adresse au bureau	Signature du médecin	Poste
		Téléphone	