



ESTIMATION DES EXIGENCES PHYSIQUES DU TRAVAIL POUR UNE PERSONNE ATTEINTE AU DOS

Nom de l'employé(e) :

Description des tâches proposées :

Tâches proposées :

DESCRIPTION DES EXIGENCES

ESTIMATION DES EXIGENCES

1 Le travail nécessite-t-il de MANUTENTIONNER (prendre, porter et déposer) des objets ?

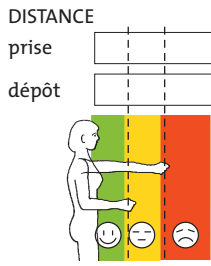
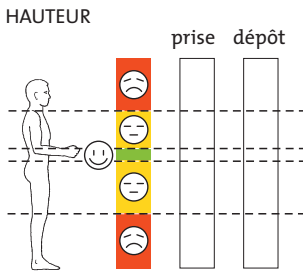
non (passez à la question 2)

oui

Objets manutentionnés :

Nombre total de manutentions par jour	minimum : _____	maximum : _____
Les manutentions sont réparties	<input type="checkbox"/> sur toute la journée	<input type="checkbox"/> par périodes
	de : _____ <input type="checkbox"/> minutes <input type="checkbox"/> heures nb période(s) par jour : _____	
Poids des objets manutentionnés	minimum : _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs	maximum : _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs
	Distances à parcourir	minimum : _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> pi

Indiquez sur les schémas ci-dessous les zones de prise et de dépôt minimales et maximales (la plus haute, la plus basse, la plus près, la plus loin).



Si la manutention de ces objets présente des difficultés particulières, expliquez pourquoi :

Parce que l'objet est difficile à manutentionner. (ex. poignée manquante, trop petite ou trop grande, objet glissant, fragile, instable, poids décentré, etc.)

Pour d'autres raisons. Spécifiez :

Manutention

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications proposées ou commentaires :

2 Le travail nécessite-t-il de faire des EFFORTS pour déplacer un objet ou un équipement en TIRANT ou en POUSSANT ?

non (passez à la question 3)

oui

Indiquez sur les schémas ci-dessous la durée et la fréquence minimales et maximales des efforts moyens et intenses.

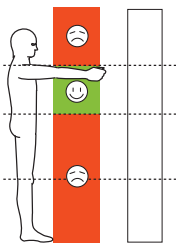
En tirant

	Effort léger	Effort moyen		Effort intense	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Min.	Max.	Min.	Max.
Durée					
Fréquence					

En poussant

	Effort léger	Effort moyen		Effort intense	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Min.	Max.	Min.	Max.
Durée					
Fréquence					

Indiquez la hauteur de contact avec l'objet à tirer ou à pousser (minimum et maximum).



Si pousser ou tirer présente des difficultés particulières, expliquez pourquoi :

En raison des caractéristiques des objets ou des équipements. (ex. prise inadéquate, forme et volume, mauvais état de l'équipement, etc.)

En raison des contraintes d'espace et/ou des postures pénibles qu'il faut adopter. (ex. torsion du tronc en tirant)

Pour d'autres raisons. Spécifiez :

Après modifications

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Efforts en tirant ou en poussant

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications proposées ou commentaires :

3 Le travail se fait-il ASSIS ou DEBOUT ?

Cochez ce qui décrit le mieux le poste :

Assis

Assis ou debout, au choix du travailleur

Assis ou debout, selon les conditions de production

Debout immobile

Debout avec déplacements

En posture assise :

Le bas du dos est-il appuyé ?

Oui

Non

Les pieds sont-ils à plat, sur le sol ou sur un repose-pieds ?

Oui

Non

Assis ou debout

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications :

Après modifications

Absentes Faibles Moyennes Élevées

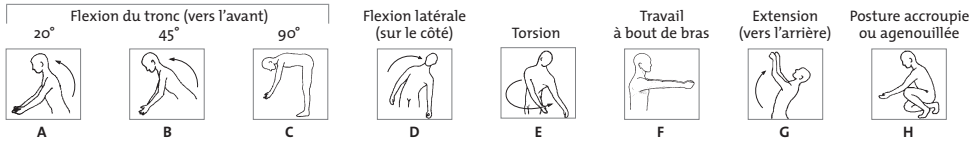
DESCRIPTION DES EXIGENCES

ESTIMATION DES EXIGENCES

4 Le travail nécessite-t-il l'adoption de POSTURES EXIGEANTES pour le dos ?

non (passez à la question 5)

oui



En vous référant aux dessins ci-dessus, indiquez la ou les lettre(s) décrivant le mieux les 3 postures les plus exigeantes pour le dos, indiquez dans quelle(s) tâche(s) et décrivez ces postures selon les indications du tableau ci-dessous.

Les 3 postures les plus exigeantes Lettre(s) : Tâche(s) :	Assis ou Debout ?		Durée		Fréquence		Effort ?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Oui	Non
	<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"/>

Postures exigeantes

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications proposées ou commentaires :

5 L'exécution du travail nécessite-t-il de SE DÉPLACER ?

non (passez à la question 6)

oui

Décrivez les déplacements les plus importants.

Durée: min.: _____ max.: _____ Fréquence par jour: min.: _____ max.: _____

La marche doit-elle se faire de façon précipitée ?

Jamais À l'occasion Souvent Toujours

Le travail nécessite-t-il de se déplacer sur une surface instable, irrégulière, glissante, encombrée ou en pente ?

non **oui** Si oui, précisez

Déplacements

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications :

6 Le travail nécessite-t-il l'adoption d'une POSTURE EN ÉQUILIBRE PRÉCAIRE (ex. : sur un échafaudage, dans un escalier, en grimant) ?

non (passez à la question 7)

oui

Précisez.

Posture en équilibre précaire

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications :

7 Le travail nécessite-t-il d'ACTIONNER UNE PÉDALE ?

non (passez à la question 8)

oui

Précisez.

Fréquence par jour: min.: _____ max.: _____

En posture debout Avec un effort important Dans une posture exigeante

Actionner une pédale

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications :

8 Le travail nécessite-t-il la conduite d'un VÉHICULE ou autre ÉQUIPEMENT MOBILE ?

non (passez à la question 9)

oui

Durée de la conduite par jour	minimum:	maximum:
Type d'équipement mobile		
Qualité de la suspension		
Risque de chocs ou de contrecoups	<input type="checkbox"/> Nul	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Élevé

Conduite d'un équipement mobile

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications :

9 Lors du travail, y a-t-il exposition de tout le corps aux VIBRATIONS provenant de machines, d'équipement ou du sol ?

non

oui

Précisez.

Exposition aux vibrations

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications :

PERCEPTION DE LA PERSONNE ATTEINTE

Le travailleur / la travailleuse estime pouvoir faire ce travail :

- tel quel
- avec la possibilité de travailler au rythme qui lui convient
- avec la possibilité de s'arrêter au besoin
- avec les modifications inscrites dans la colonne de droite
- en limitant la durée du travail
- n'estime pas pouvoir faire ce travail.

DÉCISION

Ces tâches conviennent-elles à la personne atteinte de mal de dos ?

non oui oui, aux conditions suivantes :

Complété par _____

en présence de la personne atteinte

oui non

Date _____