



ESTIMATION DES EXIGENCES PHYSIQUES DU TRAVAIL POUR UNE PERSONNE ATTEINTE AU POIGNET OU À LA MAIN

Nom de l'employé(e) :

Description des tâches proposées :

Tâches proposées :

DESCRIPTION DES EXIGENCES

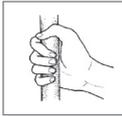
ESTIMATION DES EXIGENCES

1 Le travail nécessite-t-il des EFFORTS des MAINS ou des DOIGTS?

non (passez à la question 2)

oui

Saisir, tenir ou serrer avec force, à pleine main



Description de l'effort	Durée		Fréquence		Présence de difficultés particulières? (gants, froid, prise déficiente, ...) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez :
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	

Saisir, tenir ou serrer avec force, du bout des doigts



Description de l'effort	Durée		Fréquence		Présence de difficultés particulières? (gants, froid, prise déficiente, ...) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez :
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	

Saisir, tenir ou serrer avec force, les doigts en extension complète ou avec les doigts écartés



Description de l'effort	Durée		Fréquence		Présence de difficultés particulières? (gants, froid, prise déficiente, ...) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez :
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	

Saisir, tenir ou serrer avec force, avec prise entre les doigts



Description de l'effort	Durée		Fréquence		Présence de difficultés particulières? (gants, froid, prise déficiente, ...) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez :
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	

Autres efforts des mains ou des doigts (ex. déchirer, plier, ouvrir, tenir, porter, etc.)

Description de l'effort	Durée		Fréquence		Présence de difficultés particulières? (gants, froid, prise déficiente, ...) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez :
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	

Efforts des mains ou des doigts

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications proposées ou commentaires :

Après modifications

Absentes Faibles Moyennes Élevées

2 Le travail nécessite-t-il l'adoption de POSTURES EXIGEANTES?

non (passez à la question 3)

oui

Postures exigeantes pour le poignet ou la main

Flexion du poignet 	Extension du poignet 	Déviations cubitales du poignet 	Déviations radiales du poignet 	Postures extrêmes des doigts Décrivez :
A	B	C	D	E

Postures exigeantes pour le pouce

Flexion de la phalange distale du pouce et pressions répétées 	Abduction ou extension du pouce sous contrainte 	Préhension ou pince digitale avec mouvement du poignet 	Flexion-extension du pouce avec effort 	Déviations du poignet avec pression du pouce
F	G	H	I	J

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

Les postures les plus exigeantes		Durée		Fréquence		Effort ?	
Lettre(s) :	Tâche(s) :	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"/>

Postures exigeantes

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications proposées ou commentaires :

Après modifications

Absentes Faibles Moyennes Élevées

DESCRIPTION DES EXIGENCES

ESTIMATION DES EXIGENCES

3 Lors du travail, y a-t-il RÉPÉTITION soutenue des MÊMES MOUVEMENTS des mains, des doigts ou des poignets ?

non (passez à la question 4)

oui

Description du mouvement :

.....

Les mouvements répétés sont répartis :

sur toute la journée

par périodes de : _____ minutes heures nb période(s) par jour : _____

Fréquence des mouvements répétés : min. : _____ max. : _____

Répétition des mêmes mouvements

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications proposées ou commentaires :

4 Lors du travail, les mains sont-elles exposées à des VIBRATIONS provenant d'outils, à des CHOCS ou à des CONTRECOUPS ?

non (passez à la question 5)

oui

Précisez. (outil, activité, etc.)

.....

Temps cumulatif d'utilisation d'outils vibrants par jour :

Minimum : _____ Maximum : _____

Fréquence des chocs et des contrecoups (nombre de fois par jour) :

Minimum : _____ Maximum : _____

Vibrations, chocs et contrecoups

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications proposées ou commentaires :

5 Lors du travail, la manipulation d'un outil ou d'un objet entraîne-t-elle des POINTS DE PRESSION ou de FROTTEMENT dans la main ou dans la région du poignet ?

non

oui

Précisez. (outil, activité, etc.)

.....

Localisation dans la main :

.....

Temps cumulatif par jour :

Minimum : _____ Maximum : _____

Points de pression ou de frottement

Absentes Faibles Moyennes Élevées

Modifications proposées ou commentaires :

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 problèmes au poignet ou à la main ?

non oui oui, aux conditions suivantes :

Complété par _____

en présence de la personne atteinte

oui non

Date _____