

NOM : _____ **est apte à travailler si les restrictions suivantes sont respectées.**

EFFORTS (cochez la case appropriée)

- Éviter de :** manutentionner des charges de plus de : 2 kg 5 kg 10 kg 15 kg Autre : _____
- manutentionner en torsion, flexion ou extension du tronc
- manutentionner plus bas que les genoux ou plus haut que les épaules
- tirer ou pousser des objets ou des équipements
- avec les précisions suivantes (exemple : durée, fréquence, intensité d'effort, posture)

spécifiez : _____

POSTURES ET MOUVEMENTS (cochez la case appropriée)

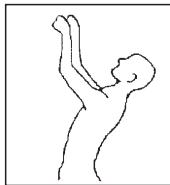
- Doit :** pouvoir se lever et s'asseoir à volonté avoir un appui-lombaire avoir les pieds à plat ou sur le sol ou sur un appui-pieds
- Éviter de :** rester debout sur place travailler dans un escalier, un escabeau, une échelle, un échafaudage marcher plus de (durée, fréquence ou distance) : _____ marcher sur des sols inégaux, glissants, jonchés d'obstacles ou en pente

Faites un «X» sur les postures à éviter

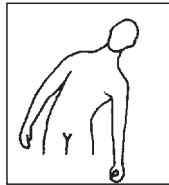
Flexion
(vers l'avant)



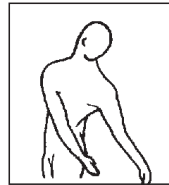
Extension
(vers l'arrière)



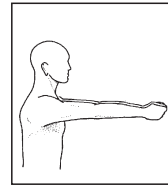
Flexion latérale
(sur le côté)



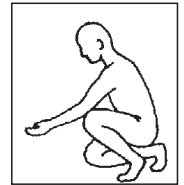
Torsion



Travail à bout de bras



Posture accroupie ou agenouillée



- avec les précisions suivantes (exemple: durée, fréquence, amplitude de la posture, posture statique, etc.),

spécifiez : _____

ÉQUIPEMENTS OU OUTILS (cochez la case appropriée)

- Éviter de :** conduire un véhicule ou autre équipement mobile pour plus de _____ par jour _____ à la fois
- être exposé à des vibrations de tout le corps provenant de machines, d'équipements ou du sol
- actionner une pédale
- avec les précisions suivantes (exemple: durée, fréquence),

spécifiez : _____

AUTRES

- Peut travailler jusqu'à _____ heures/jour _____ jours/semaine.
- Doit prendre des pauses au besoin

Autres restrictions, spécifiez : _____

Je recommande que ces restrictions soient réévaluées dans _____ jours.

Nom du médecin : _____

Date : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ **est apte à travailler si les restrictions suivantes sont respectées.**

EFFORTS ENGAGEANT LES BRAS (cochez la case appropriée)

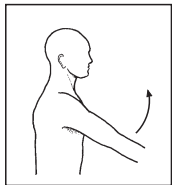
- Éviter de :** manutentionner des charges de plus de : 2 kg 5 kg 10 kg 15 kg Autre : _____
- manutentionner plus haut que les épaules
- tirer ou pousser des objets ou des équipements
- lever, abaisser ou tourner des objets ou des équipements
- avec les précisions suivantes (exemple : durée, fréquence, intensité d'effort, posture)
- spécifiez : _____

POSTURES ET MOUVEMENTS (cochez la case appropriée) gauche droit les deux côtés

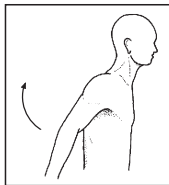
- Éviter :** la répétition des mêmes mouvements des bras mains
- une posture statique du cou ou des épaules (ex : tenir les bras élevés sans appui ou la tête penchée, le haussement de l'épaule) Précisez : _____

Faites un «X» sur les postures à éviter

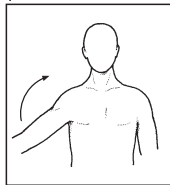
Flexion
(bras vers l'avant)



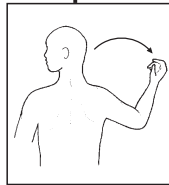
Extension
(bras vers l'arrière)



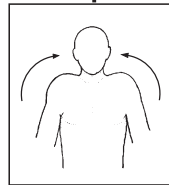
Abduction de l'épaule
(bras vers le côté)



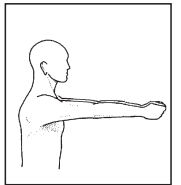
Rotation de l'épaule



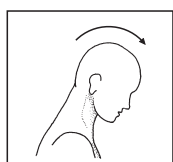
Haussement de l'épaule



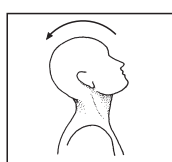
Travail à bout de bras



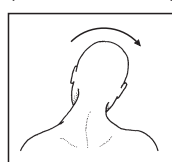
Flexion du cou
(tête vers l'avant)



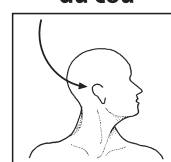
Extension du cou
(tête vers l'arrière)



Flexion latérale du cou
(tête vers le côté)



Rotation du cou



- avec les précisions suivantes (exemple: durée, fréquence, amplitude de la posture, posture statique), spécifiez : _____

ÉQUIPEMENTS OU OUTILS (cochez la case appropriée)

- Éviter de :** conduire un véhicule ou autre équipement mobile pour plus de _____ par jour _____ à la fois
- être exposé à des vibrations de tout le corps provenant de machines, d'équipements ou du sol
- utiliser des outils vibrants
- utiliser des outils ou des équipements qui exposent les bras ou les mains aux chocs ou aux contrecoups
- avec les précisions suivantes (exemple: durée), spécifiez : _____

AUTRES

Peut travailler jusqu'à _____ heures/jour _____ jours/semaine.

Doit prendre des pauses au besoin

Autres restrictions, spécifiez : _____

Je recommande que ces restrictions soient réévaluées dans _____ jours.

Nom du médecin : _____

Date : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ **est apte à travailler si les restrictions suivantes sont respectées.**

EFFORTS (cochez la case appropriée) gauche droit les deux côtés

- Éviter de :**
- manutentionner des charges de plus de : 2 kg 5 kg 10 kg 15 kg Autre : _____
 - tirer ou pousser des objets ou des équipements
 - saisir, tenir ou de serrer des objets avec force, à répétition, à bout de bras ou de façon soutenue
 - lever, abaisser ou tourner des objets ou des équipements

avec les précisions suivantes (exemple : durée, fréquence, intensité d'effort, posture)

spécifiez : _____

POSTURES ET MOUVEMENTS (cochez la case appropriée) gauche droit les deux côtés

Éviter :

- la répétition des mêmes mouvements des bras mains poignets

Faites un «X» sur les postures à éviter

Des avant-bras

Des poignets

Pronation
(paume vers le bas)

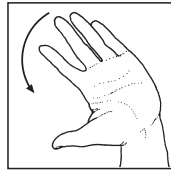
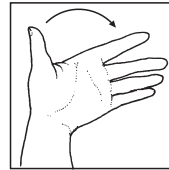
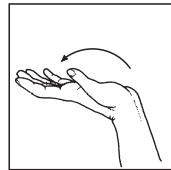
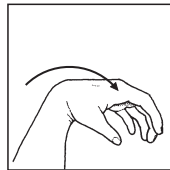
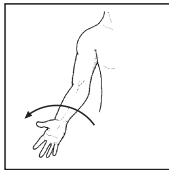
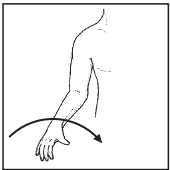
Supination
(paume vers le haut)

Flexion

Extension

Déviation cubitale

Déviation radiale



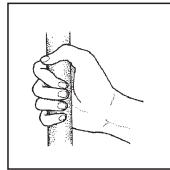
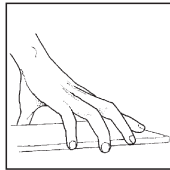
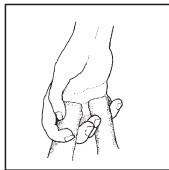
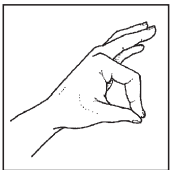
Des mains et des doigts

Pince du bout des doigts

Entre les doigts

Doigts écartés

Prise à pleine main



Des pouces

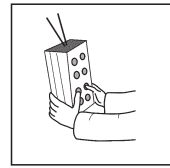
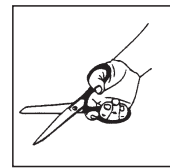
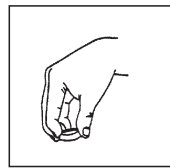
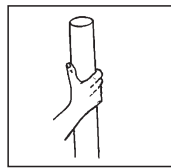
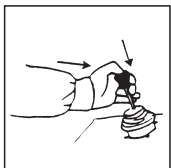
Flexion de la phalange distale du pouce et pressions répétées

Abduction ou extension du pouce sous contrainte

Préhension ou pince digitale avec mouvement du poignet

Flexion-extension du pouce avec effort

Déviation du poignet avec pression du pouce



avec les précisions suivantes (exemple: durée, fréquence, amplitude de la posture, posture statique, contre résistance), spécifiez : _____

(suite à la page 2)

ÉQUIPEMENTS OU OUTILS (cochez la case appropriée) gauche droit les deux côtés

- Éviter de :** utiliser des outils vibrants
 utiliser des outils ou des équipements qui exposent les bras ou les mains aux chocs ou aux contrecoups
 utiliser des outils ou autres objets qui créent des points de pression ou de frottement avec la région
 du coude des poignets des mains
- avec les précisions suivantes (exemple: durée, fréquence, etc.),
spécifiez : _____

AUTRES

- Peut travailler jusqu'à _____ heures/jour _____ jours/semaine.
 Doit prendre des pauses au besoin
- Autres restrictions, spécifiez : _____
- Je recommande que ces restrictions soient réévaluées dans _____ jours.
- Nom du médecin : _____
- Date : _____ Téléphone : _____