

**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)

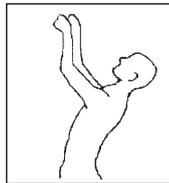
- Doit :**  pouvoir se lever et s'asseoir à volonté  avoir un appui-lombaire  avoir les pieds à plat ou sur le sol ou sur un appui-pieds
- Éviter de :**  rester debout sur place  travailler dans un escalier, un escabeau, une échelle, un échafaudage  marcher plus de (durée, fréquence ou distance) : \_\_\_\_\_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

### Faites un «X» sur les postures à éviter

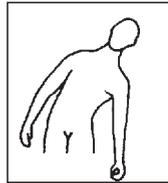
**Flexion**  
(vers l'avant)



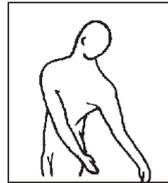
**Extension**  
(vers l'arrière)



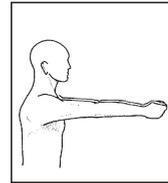
**Flexion latérale**  
(sur le côté)



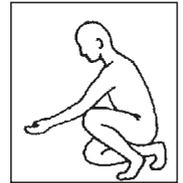
**Torsion**



**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)

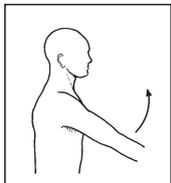
- Éviter de :**  manutentionner des charges de plus de :  2 kg  5 kg  10 kg  15 kg Autre : \_\_\_\_\_
- manutentionner plus haut que les épaules
- tirer ou pousser des objets ou des équipements
- lever, abaisser ou tourner des objets ou des équipements
- avec les précisions suivantes (exemple : durée,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

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

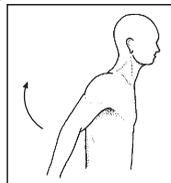
- Éviter :**  la répétition des mêmes mouvements des  bras  mains
- une posture statique du cou ou des épaules (ex : tenir les bras élevés sans appui ou la tête penchée, le haussement de l'épaule) Précisez : \_\_\_\_\_

### Faites un «X» sur les postures à éviter

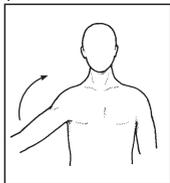
**Flexion**  
(bras vers l'avant)



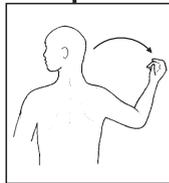
**Extension**  
(bras vers l'arrière)



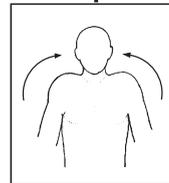
**Abduction de l'épaule**  
(bras vers le côté)



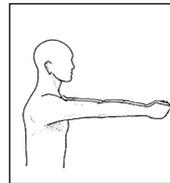
**Rotation de l'épaule**



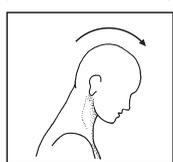
**Haussement de l'épaule**



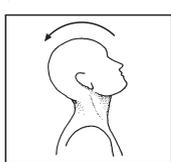
**Travail à bout de bras**



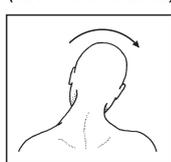
**Flexion du cou**  
(tête vers l'avant)



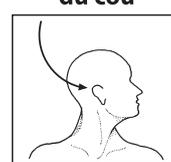
**Extension du cou**  
(tête vers l'arrière)



**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)

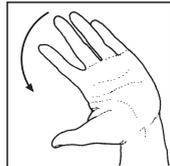
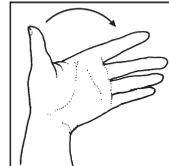
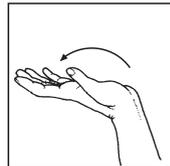
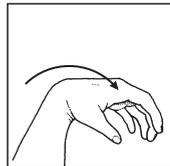
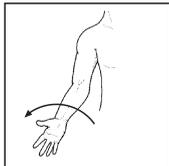
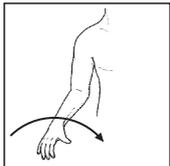
**Supination**  
(paume vers le haut)

**Flexion**

**Extension**

**Déviation cubitale**

**Déviation radiale**



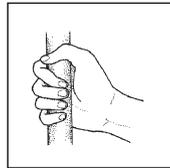
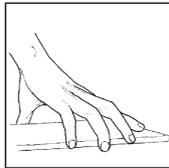
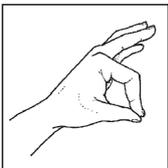
**Des mains et des doigts**

**Pince du bout des doigts**

**Entre les doigts**

**Doigts écartés**

**Prise à pleine main**



**Des pouces**

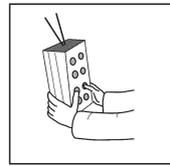
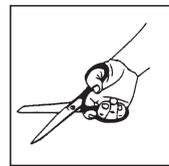
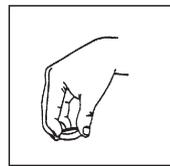
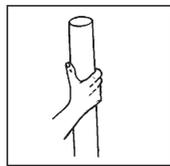
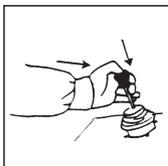
**Flexion de la phalange distale du pouce et pressions répétées**

**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 : \_\_\_\_\_