
Nom de employé(e)_____
McGill ID #

J'autorise la communication de tout renseignement à l'égard de cette réclamation à mon employeur et/ou son représentant.

Signature de l'employé(e)_____
Date**Au médecin traitant,**

Votre patient a demandé un accommodement en raison de la COVID-19. L'Université McGill a mis en place plusieurs mesures pour assurer la sécurité et le bien-être de ses employés, conformément aux directives de la santé publique et de la CNESST. Afin d'évaluer cette demande, veuillez remplir le formulaire ci-dessous.

VACCINATION (à remplir par le médecin traitant)

Le patient est-il entièrement vacciné contre la COVID-19 ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
S'il n'est pas encore complètement vacciné, recevra-t-il les doses restantes du vaccin ?	<input type="checkbox"/>	OUI, le	<input type="checkbox"/>	NON
Si non, y a-t-il une condition médicale empêchant votre patient de le faire ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

CONDITION MÉDICALE (à remplir par le médecin traitant)

Diagnostic et/ou conditions rendant le patient à risque de complications advenant une exposition à la COVID-19 :

La condition est considérée comme : Légère Modérée SévèreLa condition est considérée comme : Contrôlée Non-contrôlée

Y a-t-il d'autres facteurs de risque ou conditions médicales à prendre en considération ?

Veuillez indiquer le plan de traitement actuel pour cette/ces condition/s et la date de début :

Fréquence des suivis médicaux pour cette/ces condition/s : _____

Quelles restrictions empêchent le patient de travailler sur le campus ?

Quelles conditions doivent être remplies pour que le patient puisse travailler sur le campus ? Précisez la durée de l'accommodement.

Quels autres accommodements permettraient au patient de travailler sur le campus ? Par exemple : un espace de travail fermé, des horaires de travail flexibles, des équipements de protection individuelle supplémentaires, etc.

Autres commentaires : _____

COORDONNÉES DU MÉDECIN

Nom _____ #Pratique _____

Signature _____ Date _____

Adresse, #téléphone, # télécopieur, ou estampe de la clinique