
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,

A titre d'employé permanent de l'Université McGill, votre patient est éligible à recevoir son salaire régulier en cas d'invalidité de courte durée. L'Université McGill est l'administrateur du régime d'invalidité de courte durée. Prière de soumettre l'information médicale suivante afin que nous puissions étudier l'éligibilité de votre patient à l'assurance salaire.

DÉTAIL DE LA VISITE (à remplir par le médecin traitant)**Diagnostic:** _____**Plan de traitement:** _____**Examens / tests (faits ou prescrits) :** _____Le patient a été référé à un spécialiste : oui non Spécialité / Nom : _____

S'il y a lieu veuillez indiquer : Date de la chirurgie _____ Date de l'hospitalisation : du _____ au _____

Limitations fonctionnelles, restrictions, complications empêchant le patient de travailler (énumérer) : Aucune_____
_____**RETOUR AU TRAVAIL** Le patient est apte à faire son travail régulier. Si non :

Un retour au travail progressif ou des travaux légers peuvent-être favorable pour votre patient. Veuillez noter que l'Université McGill s'engage à accommoder ses employés dans les situations le permettant.

 Le patient peut faire des travaux légers en respectant les limitations suivantes :

 Le patient peut faire un retour au travail progressif. Veuillez indiquer l'horaire recommandé :

 Le patient est inapte à tout travail (en raison des limitations fonctionnelles indiquées à la section « Détail de la visite »).**Date de retour au travail prévue :** _____

Date de la consultation : _____ Date de la prochaine consultation : _____

*Commentaires :***COORDONNÉES DU MÉDECIN**

Nom _____ # Pratique _____

Signature _____ Date _____

L'employé(e) a la responsabilité de faire compléter ce formulaire sans frais pour l'Université.

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

--