

Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement

A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation

Nom et prénom à la naissance <i>Dutil, Martine</i>		N° de dossier CSST de la travailleuse <i>2 0 1 4 0 3 1 4 2</i>
Adresse <i>14, 1^{re} Avenue, app. 4 Chantrelere (Québec)</i>		N° d'assurance maladie <i>D U T M 8 6 6 1 0 8 1 7</i>
N° de téléphone <i>1 1 1 2 2 2 3 4 3 4</i>		N° d'assurance sociale <i>9 8 7 6 5 4 3 2 1</i>
Catégorie de la demande <input checked="" type="checkbox"/> Grossesse		Date prévue de l'accouchement <i>2 0 X X 0 1 1 5</i>
Date de naissance de l'enfant allaité <i>A A A A M M J J</i>		Code postal <i>G I G 1 G 1</i>
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse Décrire: <i>Transmission de maladies infantiles, utilisation de produits chimiques, soulèvement de charges lourdes.</i>		Signature de la travailleuse <i>Martine Dutil</i>

B - Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse

Raison sociale de l'employeur <i>École primaire</i>	
Adresse du lieu de travail <i>École primaire La jolie cascade 1, rue du Ruisseau, Chantrelere (Québec)</i>	Code postal <i>G I G 1 G 1</i>
Poste de travail et service où la travailleuse exécute ses tâches <i>Concierge</i>	Titre de l'emploi <i>Concierge</i>
Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise <i>Monique Lavigne, directrice</i>	N° de téléphone <i>1 1 1 2 2 2 7 2 4 6</i>

C - Consultation obligatoire en vertu de la loi (Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat)

Nom du médecin consulté <i>Renée Langevin</i>	En qualité de : <input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> directeur de la santé publique <input checked="" type="checkbox"/> médecin désigné
Nom de la direction de la santé publique <i>CSSS de La Cascade</i>	N° de téléphone <i>1 1 1 2 2 4 2 3 2 6</i>
Réception du Rapport de consultation <input type="checkbox"/> par téléphone ou <input checked="" type="checkbox"/> par écrit	Date <i>2 0 X X 0 6 0 5</i>

D - Rapport médical

Selon vous, quelles sont les **conditions de travail** comportant des **dangers physiques** pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse ?
Réaffectation/ retrait immédiat : risques biologiques, utilisation de solvants, posture debout max. 6 h/jour. Réaffectation/ retrait 22 semaines : position debout max. 4 h/jour. Réaffectation/ retrait 24 semaines : Torsion du tronc.

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	IMPORTANT	Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail.
---	------------------	---

E - Attestation

<input checked="" type="checkbox"/> J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour elle-même, à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité.	Pour les cas de grossesse seulement Indiquer le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation. <i>Imm. : 20XX-06-05; 22 semaines : 20XX-08-30; 24 semaines : 20XX-09-13.</i>	Date du retrait préventif ou de l'affectation <i>A A A A M M J J</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin (en lettres moulées) <i>MARIE-MAUDE DÉRY</i>	N° de corporation <i>0 0 0 4 5</i>
Signature <i>Marie-Maude Déry</i>	Date de remise du certificat à la travailleuse <i>2 0 X X 0 6 0 8</i>	N° de téléphone <i>1 1 1 2 2 4 2 3 2 6</i>

Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier).