

CONFIDENTIEL - Certificat médical

NUMÉRO D'EMPLOYÉ(E)			
NOM DE L'EMPLOYÉ(E)		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	DATE DE NAISSANCE
			ANNÉE MOIS JOUR
FACULTÉ OU SERVICE		SUPERVISEUR(E)	

1	L'invalidité est-elle le résultat d'une maladie ou d'une blessure survenue au travail ?		OUI	NON	INCONNU
	Si l'invalidité est-elle le résultat d'un accident de travail, quand remontent les symptômes?		ANNÉE MOIS JOUR		
2	Date de la visite initiale pour la présente invalidité :	ANNÉE MOIS JOUR	Date de la visite de suivi, le cas échéant :	ANNÉE MOIS JOUR	
	Est-ce que la patiente ou le patient a eu ce même problème dans les 30 derniers jours ?		OUI	NON	
3	Selon vous, la patiente ou le patient a été ou sera invalide (incapacité totale à travailler ou étudier) du		ANNÉE MOIS JOUR	au	ANNÉE MOIS JOUR
4	Date d'admission à l'hôpital, le cas échéant :	ANNÉE MOIS JOUR	Date du congé de l'hôpital, le cas échéant :	ANNÉE MOIS JOUR	
5	S'agit-il d'une complication liée à une grossesse ?		OUI	NON	
	Date prévue de l'accouchement :		ANNÉE MOIS JOUR		
6	Selon vous, la patiente ou le patient pourra revenir au travail le		ANNÉE MOIS JOUR	À TEMPS PLEIN	À TEMPS PARTIEL

Continuer à la page 2

Ressources humaines — Santé et mieux-être

550, rue Cumberland, pièce 017, Ottawa (Ontario), K1N 6N5, Canada

Tél : 613-562-5800, poste 1473 • Téléc : 613-562-5120

virtuo.uottawa.ca/fr/ressources-humaines/sante-mieux-etre

8		NOM DE LA OU DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ	
		ADRESSE	
		SIGNATURE (PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ)	DATE
			 ANÉE MOIS JOUR

Initiales de l'employé(e)

