



Programme Favoriser le rétablissement **Directives à l'intention de l'employé**

Si en raison d'une maladie ou d'une blessure, vous êtes, ou prévoyez être, incapable d'accomplir vos tâches pendant sept (7) jours ou plus, **communiquez immédiatement avec votre supérieur**. Vous pouvez obtenir la trousse d'accompagnement au rétablissement par l'entremise de votre employeur ou en ligne, dans ConnectGSK. Votre supérieur vous a d'ailleurs peut-être déjà dirigé vers le programme si vous vivez actuellement une situation difficile.

Veuillez prendre connaissance des documents ci-joints et demandez à votre médecin de compléter la Déclaration du médecin traitant (DMT). Pour que votre dossier puisse être traité, il devra inclure des données médicales objectives, la date prévue de votre retour au travail, une description de vos capacités / limitations et la durée prévue de ces limitations ainsi que votre plan de traitement. Il vous incombe de vous assurer que tous les éléments d'information exigés apparaissent dans la DMT. Vous devez assumer vous-même tous les frais encourus pour l'obtention des documents médicaux justificatifs. Nous vous rappelons que vous pouvez réclamer le remboursement de ce type de dépenses dans le cadre du programme d'avantages sociaux de GSK.

1. **La Déclaration du médecin traitant (DMT) doit être retournée par télécopieur ou par courriel à Solutions Organisationnelles inc. (OSI), la même journée qu'elle est complétée par votre médecin.**
Télécopieur: 905-315-7945 ou 1-866-511-0008 Courriel à OSI4GSK@orgsoln.com
2. Un Conseiller/Conseillère en rétablissement d'OSI vous téléphonera pour vous demander si vous avez besoin de soutien ou d'aide durant votre congé.
3. Nous vous encourageons à participer activement à votre traitement afin de favoriser votre rétablissement.
4. Durant votre congé, vous serez tenu de fournir certains renseignements médicaux pour que votre dossier puisse être tenu à jour.
5. Vous devrez contacter votre supérieur à des intervalles convenus.
6. Vous devrez maintenir le contact avec OSI en composant le 1-866-org-soln (674-7656) ou le 905-315-7179.
7. GSK Inc. et ses sociétés associées mettra tout en œuvre pour vous confier des tâches correspondant à vos capacités.
8. Une fois qu'une date de retour au travail a été établie, si des tâches modifiées transitoires sont requises, OSI transmettra vos capacités à votre supérieur ou aux ressources humaines. Les tâches associées au Programme transitoire de retour au travail seront conçues en consultation avec vous, votre supérieur et les ressources humaines, conformément à l'information fournie sur votre Déclaration du médecin traitant (DMT).
9. À votre retour au travail, respectez les capacités et les limites précisées dans votre Plan de retour progressif au travail.
10. Participez à des rencontres régulières, au besoin, avec votre supérieur et les ressources humaines pour discuter des progrès et aborder toute inquiétude.
11. Reprenez progressivement toutes les fonctions de votre poste.



Objet : Programme *Favoriser le rétablissement*

GSK Inc. et ses sociétés associées (GSK) comprennent que vous ne vous sentez pas bien. Nous reconnaissons l'importance d'un programme qui vous aidera dans votre rétablissement et votre retour au travail.

Nous avons donc conclu une entente avec Solutions organisationnelles inc., une société de gestion des soins de premier plan, pour aider GSK dans le cadre de notre programme *Favoriser le rétablissement*. Il s'agit d'un service que nous utilisons pour fournir un soutien confidentiel aux employés admissibles pendant une absence. La facilitation du rétablissement favorise « *les bons soins, au bon moment, pour les bons résultats* ».

Veuillez faire compléter par votre médecin la Déclaration du médecin traitant (DMT) ci-jointe et la retourner directement à Solutions organisationnelles inc., la même journée qu'elle est complétée par votre médecin, par télécopieur au 905-315-7945 ou 1-866-511-0008 ou par courriel OSI4GSK@orgsoln.com. Le maintien de votre salaire peut être conditionnel à ce que vous remplissiez et soumettiez ce formulaire.

Solutions organisationnelles inc. travaillera avec vous par téléphone pour vous soutenir et vous aider pendant votre absence et votre rétablissement.

Tous les renseignements médicaux seront gardés dans la plus stricte confidentialité et seuls vos capacités et limitations de retour au travail seront transmises à GSK.

Pour communiquer avec Solutions Organisationnelles inc., vous pouvez composer le 905-315-7179 ou le 1-866-674-7656 afin d'obtenir une réponse à vos questions.

Cordialement,

GSK

Annexe : Déclaration du médecin traitant (DMT)



Au médecin ou fournisseur de soins de santé traitant :

GSK Inc. et ses sociétés associées (GSK) s'engage à aider ses employés à se rétablir et à leur assurer un retour au travail en toute sécurité. GSK est disposée à offrir des tâches modifiées de transition et des heures de travail modifiées.

Les employés doivent fournir une documentation médicale suffisante pour justifier leur absence, pour être admissibles au maintien du salaire et pour faciliter l'élaboration d'un plan de travail modifié adapté à leurs capacités et à leurs limitations.

Veuillez compléter et retourner le document ci-joint intitulé « Déclaration du médecin traitant (DMT) ».

Un Conseiller/Conseillère en rétablissement de Solutions Organisationnelles inc. (OSI) assistera votre patient, le soutiendra et l'aidera pendant son rétablissement et son retour au travail

La confidentialité des renseignements médicaux sera respectée en tout temps.

Les capacités fonctionnelles et les restrictions de l'employé seront communiquées à GSK.

Nous vous remercions à l'avance de votre aide et vous invitons à communiquer avec nous si vous avez des questions, en composant le 1-866-674-7656.

Cordialement,

Conseiller/Conseillère en rétablissement
Solutions Organisationnelles inc.
1-866-674-7656
OSI4GSK@orgsoln.com

p. j.: Déclaration du médecin traitant

À noter :

« L'approche du médecin à l'égard du travailleur blessé ou malade devrait être guidée par le principe selon lequel le retour au travail en toute sécurité et en temps opportun est le résultat souhaité. L'élaboration de stratégies de réadaptation au travail devrait commencer dès la première visite du patient. »

Référence: AMC – Retour au travail et rétablissement des capacités fonctionnelles par suite de lésions et de maladies – Un guide pratique à l'intention des médecins (juin 2000).



Pour qu'une absence soit admissible en vertu du régime d'invalidité de courte durée de l'employeur, la documentation médicale doit contenir des résultats cliniques objectifs et des renseignements médicaux détaillés qui établissent la présence d'un problème médical et d'un traitement. Les résultats médicaux doivent prouver la présence d'une condition suffisamment grave pour empêcher votre patient(e)/client(e) de participer à son travail.

Cet(te) employé(e) exerce une requête en vertu du programme d'invalidité de courte durée de son employeur qui assure le remplacement de son revenu pendant son congé de maladie.

- C'est à l'employé(e) qu'il incombe de fournir les renseignements médicaux qui appuient son absence et de payer toutes les dépenses engagées pour obtenir ces renseignements.
- Ne pas soumettre ces résultats promptly pourrait engendrer une suspension du revenu pour votre patient(e)/client(e).
- Ceci n'est pas une demande d'examen, mais une demande de renseignements tirés de votre évaluation clinique.

Si l'absence est liée à une chirurgie, ce formulaire devra être rempli une fois la chirurgie terminée.

Après l'avoir rempli, veuillez le télécopier à Solutions Organisationnelles (OSI) au **1 866 511-0008**. Pour des renseignements supplémentaires, veuillez nous joindre au **1 866 674-7656**.

1 Renseignements sur l'employé(e) – À remplir par l'employé(e) – page 1 de 4

Nom de l'employeur : **GSK Inc. et ses sociétés associées**

Nom de l'employé(e) : _____ Nom de famille (les résidentes du Québec doivent aussi inscrire leur nom de jeune fille) : _____

Número d'employé(e) : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____ Téléphone à la maison : _____ Téléphone au travail : _____

Téléphone cellulaire : _____ Adresse courriel : _____

Adresse résidentielle : _____ Occupation : _____

Nom du (de la) supérieur(e) immédiat(e) : _____ Téléphone : _____

Veuillez décrire la nature de la maladie ou des blessures subies : _____

Votre maladie ou blessure est-elle causée par un accident? Oui ☐ Non ☐

Si Oui: 1) L'accident s'est produit : _____ À la maison ☐ Au travail ☐ Ailleurs ☐

Date et heure de l'accident : ____ / ____ / ____ à _____

2) Avez-vous fait ou ferez-vous une demande d'indemnisation du travailleur à la CNESST? Oui ☐ Non ☐

3) Votre maladie ou blessure est-elle due à un accident de véhicule motorisé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joignez une copie du rapport d'accident.

4) Date du premier jour d'absence : ____ / ____ / ____

Date de la première évaluation médicale : ____ / ____ / ____ Date de retour au travail prévue ou définitive : ____ / ____ / ____

Type d'invalidité : Maladie ☐ Blessure ☐ Blessure de travail ☐ Accident de véhicule motorisé ☐ Grossesse ☐

2 Autorisation de divulguer des renseignements

Je certifie que les déclarations énoncées dans le présent formulaire sont véridiques et complètes.

J'autorise Solutions Organisationnelles ainsi que leurs agents et fournisseurs de services à utiliser et à échanger les renseignements requis pour conseiller mon employeur au sujet de mon absence (en vertu du régime d'invalidité de courte durée et de congés de maladie de mon employeur) avec toute personne ou organisation possédant des renseignements pertinents relativement à mon absence, y compris des professionnels de la santé, des institutions et des assureurs.

J'autorise les fournisseurs de soins de santé, les institutions, la société d'assurance offrant le programme d'invalidité de longue durée ou la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail concernés par mon traitement ou ma demande de règlement à divulguer et transmettre tout renseignement et tout document exigé par l'employeur et son représentant, Solutions Organisationnelles, au sujet de mon état de santé médical ou psychologique actuel. J'autorise également Solutions Organisationnelles à transmettre des informations à l'assureur, à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, aux administrateurs des prestations gouvernementales et aux professionnels de la santé. Tous les renseignements seront traités dans le respect de la plus stricte confidentialité. Les renseignements concernant ma capacité à retourner au travail seront communiqués à mon employeur. Je comprends que les données globales sont compilées et utilisées pour soutenir la preuve d'études factuelles.

J'accepte qu'un fac-similé ou une photocopie soit considéré comme aussi valables que la copie originale signée.

Signature de l'employé(e) : _____ Date : ____ / ____ / ____



ORGANIZATIONAL SOLUTIONS INC.
SOLUTIONS ORGANISATIONNELLES INC.

Déclaration du Médecin Traitant (DMT)

t: 1-866-674-7656; tc: 1-866-511-0008; c: info@orgsoln.com

3 Questionnaire médical

Docteur(e), l'employeur tient à soutenir ses employé(e)s malades ou blessés durant leur rétablissement afin de leur assurer un retour au travail en toute sécurité et au moment opportun. Nous vous invitons à répondre aux questions suivantes pour que l'employé(e) puisse retourner ce formulaire le plus rapidement possible par télécopieur au **1 866 511-0008**.

Il est également possible de remplir ce formulaire en ligne à l'adresse suivante : <https://portal.orgsoln.com> (Utilisateur : **DMT** / Mot de passe : **frdmt17**)

Histoire

Date de la première consultation : ____ / ____ / ____ Date de la plus récente consultation : ____ / ____ / ____

Date de la dernière journée travaillée : ____ / ____ / ____

Quand les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu? ____ / ____ / ____

Votre patient(e) a-t-il(elle) déjà eu ce problème ou un problème semblable? Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐

Si oui, dites quand et décrivez : _____

Fréquence des symptômes dans les six derniers mois : _____

Signes physiques : _____

Noms et spécialités des autres médecins traitants (veuillez inclure des copies des rapports de consultation) :

Noms	Spécialités	Fréquence des visites/Traitements	Dates de consultations

**Si le diagnostic est PSYCHIATRIQUE, veuillez passer à la page 4 pour remplir le questionnaire approprié.
La signature est requise à la page 3.**

Diagnostic (y compris les complications)

Primaire : _____

Secondaire : _____

Facteurs ou complications de comorbidité : _____

Si le diagnostic est obstétrique : Date prévue de l'accouchement ____ / ____ / ____

Le(La) patient(e) est-il confiné au lit? Oui ☐ Non ☐

Signes et symptômes : _____

Résultats objectifs et cliniques – Veuillez être spécifique – résultats physiques pertinents (**y compris la gravité et la fréquence**) :

Si le diagnostic est de nature musculosquelettique, veuillez indiquer les résultats neurologiques :

Commentaires :

Région(s) affectée(s) : Droite ☐ Gauche ☐ Les deux ☐ _____

Réflexes : Droite ☐ Gauche ☐ Les deux ☐ _____

Présence de faiblesse : Oui ☐ Non ☐ _____

Atrophie musculaire : Oui ☐ Non ☐ _____

Perte de sensation ou engourdissement : Oui ☐ Non ☐ _____

Signes de Tinel ou de Phalen positifs : Oui ☐ Non ☐ _____

Douleur irradiante? Veuillez décrire: _____

Votre patient(e) a-t-il(elle) des comportements indiquant qu'il(elle) éprouve une douleur localisée? Oui ☐ Non ☐ _____

Plan de traitement

Admission à l'hôpital – Date d'admission ____ / ____ / ____ Date de sortie : ____ / ____ / ____

Chirurgie : Oui ☐ Non ☐ Date: ____ / ____ / ____ Procédure chirurgicale : _____

Veuillez inscrire le type de tests diagnostiques complétés ou en cours : _____ Date: ____ / ____ / ____

Médication (joignez une autre page au besoin) :

Nom	Posologie	Date du début	Date(s) de changement(s) et raison(s)	Réponse clinique



ORGANIZATIONAL SOLUTIONS INC.
SOLUTIONS ORGANISATIONNELLES INC.

Déclaration du Médecin Traitant (DMT)

t: 1-866-674-7656; tc: 1-866-511-0008; c: info@orgsoln.com

Questionnaire médical (suite)

Traitement actuel et proposé – inclure le type, la fréquence et la durée : _____

Une référence pour une physiothérapie a-t-elle été faite? Oui ☐ Non ☐

Date du début de la physiothérapie ____ / ____ / ____

Observance thérapeutique – Votre patient(e) se conforme-t-il(elle) au programme de traitement recommandé? Oui ☐ Non ☐

Capacité fonctionnelle

VEUILLEZ INDIQUER LES CAPACITÉS ACTUELLES

Durée prévue des limitations : _____

MOBILITÉ	OCCASIONNEL (1-33%)			FRÉQUENT (34-66%)			CONSTANT (67-100%)			AUCUNE LIMITATION			
Position assise	☐			☐			☐			☐			
Debout	☐			☐			☐			☐			
Marcher	☐			☐			☐			☐			
Grimper	☐			☐			☐			☐			
Flexion / torsion prolongée	☐			☐			☐			☐			
S’agenouiller / s’accroupir	☐			☐			☐			☐			
SOULEVER DES CHARGES (DU SOL À LA TAILLE)													
Sédentaire (jusqu’à 4,5 kilos)	☐			☐			☐			☐			
Léger (4,6 à 9,0 kilos)	☐			☐			☐			☐			
Moyen (9,1 à 22 kilos)	☐			☐			☐			☐			
SOULEVER DES CHARGES (DE LA TAILLE AUX ÉPAULES)													
Sédentaire (jusqu’à 4,5 kilos)	☐			☐			☐			☐			
Léger (4,6 à 9,0 kilos)	☐			☐			☐			☐			
Moyen (9,1 à 22 kilos)	☐			☐			☐			☐			
HAUT DU CORPS	Droite	Gauche	Les deux	Droite	Gauche	Les deux	Droite	Gauche	Les deux	Droite	Gauche	Les deux	
Pousser / Tirer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Transporter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Agripper / Empoigner	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Tendre les bras vers l’avant (plus de 45 cm)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Tendre les bras au-dessus de la tête (plus de 178 cm)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Votre patient(e) est-il apte à conduire un véhicule motorisé? Oui ☐ Non ☐

Si la réponse est non, l'incapacité de votre patient(e) à conduire un véhicule motorisé a-t-elle été rapportée au Ministère des Transports? Oui ☐ Non ☐

Date: ____ / ____ / ____

Pronostic

Au meilleur de mes connaissances, cet(te) employé(e) est dans l'incapacité complète de travailler du (date :) ____ / ____ / ____ au (date :) ____ / ____ / ____

Quel est le pronostic pour un retour au travail régulier sans restriction? _____

Quels sont les facteurs qui pourraient nuire au progrès clinique de votre patient(e)? _____

Est-ce qu'une guérison complète est prévue? Oui ☐ Non ☐

Avis au médecin Tous les renseignements que vous transmettez à Solutions Organisationnelles relativement à la présente absence pourront être divulgués à l'employé(e) et/ou aux personnes autorisées par lui(elle) à recevoir ce renseignement, à moins que vous nous avisiez par écrit qu'il y a une probabilité significative qu'une telle révélation puisse avoir un effet négatif substantiel sur la santé de l'employé(e) ou qu'elle pourrait léser un tiers.

Signature du médecin : _____ Nom du médecin (en lettres moulées) : _____

Date : ____ / ____ / ____ Spécialité : _____ Rue : _____ Ville : _____

Province: _____ Code postal: _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____ Numéro de licence : _____



Déclaration du Médecin Traitant (DMT)

4 Remplissez cette section si le diagnostic est de nature PSYCHIATRIQUE

Diagnostic psychiatrique/Raison de la visite (en fonction du DSM-5) : _____

Diagnostic secondaire (si applicable) : _____

Les symptômes du(de la) patient(e) sont-ils dus à un abus de drogue ou d'alcool ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, détaillez : _____

Admission à l'hôpital ou dans un programme de désintoxication ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, details: _____

Signes et symptômes : _____

Code(s) du DSM-5 : _____ Résultat actuel à l'évaluation globale de fonctionnement (EGF) : _____

Sévérité : Faible ☐ Modérée ☐ Sévère ☐ Date de l'apparition : ____ / ____ / ____

VEUILLEZ INDIQUER LES CAPACITÉS ACTUELLES :

CAPACITÉS COGNITIVES	OCCASIONNEL (1-33%)	FRÉQUENT (34-66%)	CONSTANT (67-100%)	AUCUNE INCAPACITÉ
Communication verbale	☐	☐	☐	☐
Attention aux détails	☐	☐	☐	☐
Concentration	☐	☐	☐	☐
Capacité à suivre et à fournir des instructions	☐	☐	☐	☐

Des limitations fonctionnelles s'appliquent-elles au diagnostic ? _____

Votre patient(e) est-il(elle) capable d'accomplir ses activités de la vie quotidienne (AVQ) ? Oui ☐ Non ☐

Si la réponse est non, veuillez préciser en quoi la condition médicale de votre patient(e) nuit à sa capacité d'accomplir ses AVQ : _____

À quelle fréquence votre patient(e) est-il(elle) évalué(e) ? _____

Veuillez indiquer si une autre condition médicale a été écartée comme cause ou contributeur potentiel à l'état de santé mentale actuel de votre patient(e) : _____

Médication (joignez une autre page au besoin) :

Nom	Posologie	Date du début	Date(s) de changement(s) et raison(s)	Réponse Clinique

Référence pour une thérapie/soutien : Oui ☐ Non ☐ Si oui, fournissez le nom et des détails : _____Référence à un psychiatre : Oui ☐ Non ☐ Si oui, fournissez le nom et des détails : _____

Si oui, fournissez la date du prochain rendez-vous : ____ / ____ / ____

Date à laquelle a été faite la référence : ____ / ____ / ____

Si non, fournissez une justification : _____

Y a-t-il des facteurs de stress qui pourraient affecter le retour au travail ? Oui ☐ Non ☐Problèmes psychosociaux et environnementaux : Oui ☐ Non ☐ Problèmes sur les lieux de travail : Oui ☐ Non ☐

Commentaires : _____

Veuillez fournir des recommandations afin de garantir à votre patient(e) un retour au travail sécuritaire et approprié : _____

Docteur(e), veuillez remplir le pronostic et signer à la page 3.