

N° de dossier à la CSST

**A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation**

Nom et prénom à la naissance		N° d'assurance-maladie				
Adresse		N° d'assurance sociale				
		Code postal		ind. rég. N° de téléphone		
Catégorie de la demande	<input type="checkbox"/> Grossesse	Date prévue de l'accouchement	Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité	Année Mois Jour
	Décreez					
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse		<b>Signature de la travailleuse</b>				

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

Raison sociale de l'employeur			
Adresse du lieu de travail		Code postal	
Poste de travail et département où la travailleuse exécute ses tâches		Titre de l'emploi	
Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise		ind. rég. N° de téléphone	

**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 envoie le certificat.)

Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée consulté	En qualité de	<input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement	<input type="checkbox"/> chef du DSC	<input type="checkbox"/> médecin ou infirmière praticienne spécialisée désigné
Nom du département de santé communautaire				ind. rég. N° de téléphone
Réception du Rapport de consultation	<input type="checkbox"/> par téléphone	ou	<input type="checkbox"/> par écrit	Date
				Année Mois Jour

**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?

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail?  Oui  Non

**IMPORTANT** Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail

**E - Attestation**

<input 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	Date du retrait préventif ou de l'affectation Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée (en lettres moulées)	N° de corporation ind. rég. N° de téléphone
Signature		Date
	Année Mois Jour	Date de remise du certificat à la travailleuse
		Année Mois Jour

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