

FORMULAIRE MÉDICAL

Pour faire suite au bulletin spécial # 3, daté du 3 juillet 2014, qui vous mettait en garde de ne pas utiliser le formulaire SQ # 217-003, puisque l'autorisation qu'il contenait était trop invasive et trop large, les parties se sont rencontrées pour en discuter et en sont arrivées aux conclusions suivantes :

Le formulaire # 217-003 ne sera plus utilisé dans sa première partie, par le Service de la santé et de la sécurité au travail, pour demander une autorisation de communiquer entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la SQ.

L'APPQ va tolérer l'utilisation à des fins précises d'un nouveau formulaire intitulé « *Autorisation de communiquer avec le médecin traitant* », et ce, jusqu'à la conclusion des prochaines négociations du contrat de travail lors desquelles une approche globale sera effectuée.

Une copie de ce formulaire est annexée au présent bulletin.

Points importants à retenir :

- Ø L'autorisation doit limiter la demande à l'absence en cours (date du premier jour d'absence).
- Ø Elle doit identifier le médecin à qui elle s'adresse.
- Ø L'autorisation n'est valide que pour quatre mois.

Si toutefois vous éprouvez des difficultés avec la demande d'autorisation, veuillez communiquer avec votre représentant syndical.

Syndicalement vôtre,



Daniel Rolland
Vice-président en santé et sécurité du travail
et aux ressources matérielles

DR/jl

p.j. (1)



**AUTORISATION DE COMMUNIQUER AVEC LE
MÉDECIN TRAITANT**

<i>Nom</i>	<i>Prénom</i>	<i>Date de naissance</i>	<i>Matricule</i>
		Année-Mois-Jour	
<i>Nom de l'unité</i>		<i>UO</i>	<i>Fonction</i>

DATE DU PREMIER JOUR D'ABSENCE : Année-Mois-Jour

Autorisation :

Dans le cadre de la gestion de ma demande d'assurance traitement, j'autorise le médecin de la Sûreté du Québec à obtenir tout renseignement additionnel requis relatif au(x) diagnostic(s) en lien avec la présente absence auprès du

Dr(e) _____

Cette autorisation est valide pour une durée de 4 mois à compter de la date de signature.

Signature

Date