

Profil d'intégration professionnelle axé sur les ressources (PIR)

Données personnelles

Nom/Prénom/Date de naissance	Mustermann, Max, geb. 02.04.1967
Adresse	Musterstrasse 12, 0123 Musterhausen
Personnel – No d'employé	123

Autres indications

Je souhaite que l'employeur demande un entretien direct avec le médecin traitant. Appelez-moi s'il vous plaît ou envoyez-moi un e-mail.

Tél:	012 345 67 89 (interlocutrice: Mara Muster, responsable)
Courriel:	mara.muster@xyz-ag.ch

Description de la profession ou de la fonction de la collaboratrice ou du collaborateur :

Commercial du service interne

Les exigences et les conditions-cadre sont déjà toutes prises en considération dans la perspective des possibilités d'engagement.

La collaboratrice / le collaborateur a contribué à déterminer les exigences et les conditions-cadre.

Exigences et conditions-cadre du lieu de travail

En tant que base du profil d'intégration axé sur les ressources, les employeurs présentent ci-dessous les exigences relatives au lieu de travail et les conditions-cadre (colonne de gauche). En cochant une rubrique, le médecin donne son appréciation et en cas de besoin la complète en précisant dans quelle mesure sa patiente ou son patient est en mesure, d'un point de vue médical, de remplir les exigences attendues de lui ou de travailler sous le régime des conditions-cadre (colonne de droite).

Exigences physiques requises sur le lieu de travail

Exigences relatives à la position du corps ou à la capacité de se mouvoir	Avis du médecin traitant	
Travail assis	<input checked="" type="checkbox"/>	Possible
	<input type="checkbox"/>	Pas possible
	<input type="checkbox"/>	Possible aux conditions suivantes

Travail à l'écran / PC / laptop / tablette		Possible
		Pas possible
	X	Possible aux conditions suivantes <i>Pauses toutes les 2h.</i>
Changement de position/Détente possible au travail	X	Possible
		Pas possible
		Possible aux conditions suivantes

Exigences relatives à la mobilité (se tourner, incliner, se pencher, pivoter et s'étirer)	Avis du médecin traitant	
Mouvements des bras, des mains et des doigts	X	Possible
		Pas possible
		Possible aux conditions suivantes

Exigences faisant appel aux sens	Avis du médecin traitant	
Capacité visuelle	X	Possible
		Pas possible
		Possible aux conditions suivantes
Capacité auditive	X	Possible
		Pas possible
		Possible aux conditions suivantes

Exigences en matière de compréhension, de réflexion, de personnalité et concernant d'autres aspects psychosociaux

Exigences en matière de compréhension et de capacité de réflexion	Avis du médecin traitant	
Réflexion en séquences logiques		Possible
		Pas possible
	X	Possible aux conditions suivantes <i>variations en cours de journée</i>

Capacité de concentration	<input type="checkbox"/>	Possible
	<input type="checkbox"/>	Pas possible
	<input checked="" type="checkbox"/>	Possible aux conditions suivantes <i>voir question précédente</i>

Exigences concernant les traits de personnalité	Avis du médecin traitant	
Soin / exactitude	<input checked="" type="checkbox"/>	Possible
	<input type="checkbox"/>	Pas possible
	<input type="checkbox"/>	Possible aux conditions suivantes
Attention	<input checked="" type="checkbox"/>	Possible
	<input type="checkbox"/>	Pas possible
	<input type="checkbox"/>	Possible aux conditions suivantes
Ponctualité	<input checked="" type="checkbox"/>	Possible
	<input type="checkbox"/>	Pas possible
	<input type="checkbox"/>	Possible aux conditions suivantes
Accepter la critique	<input checked="" type="checkbox"/>	Possible
	<input type="checkbox"/>	Pas possible
	<input type="checkbox"/>	Possible aux conditions suivantes
Flexibilité et aptitude à s'adapter à des situations nouvelles	<input type="checkbox"/>	Possible
	<input type="checkbox"/>	Pas possible
	<input checked="" type="checkbox"/>	Possible aux conditions suivantes <i>Consignes claires</i>

Organisation du travail et aspects psychosociaux	Avis du médecin traitant	
Travail par objectifs définis dans les grandes lignes (autonomie, pas d'instructions détaillées)	<input checked="" type="checkbox"/>	Possible
	<input type="checkbox"/>	Pas possible
	<input type="checkbox"/>	Possible aux conditions suivantes
Dérangements fréquents / interruptions du travail	<input type="checkbox"/>	Possible
	<input checked="" type="checkbox"/>	Pas possible
	<input type="checkbox"/>	Possible aux conditions suivantes

Contact avec les clients		Possible
		Pas possible
	X	Possible aux conditions suivantes <i>à temps partiel</i>
Aptitude à contrôler ses émotions	X	Possible
		Pas possible
		Possible aux conditions suivantes
Travail sous pression du temps		Possible
	X	Pas possible
		Possible aux conditions suivantes

Conditions-cadre sur le lieu de travail

Réglementation du temps de travail	Avis du médecin traitant	
Horaire quotidien fixe	X	Possible
		Pas possible
		Possible aux conditions suivantes
Pauses à heures fixes		Possible
	X	Pas possible
		Possible aux conditions suivantes

Lieu de travail, accès et trajets	Avis du médecin traitant	
Site de travail fixe de l'employeur	X	Possible
		Pas possible
		Possible aux conditions suivantes
L'équipe doit rester joignable pendant les heures d'ouverture		Possible
		Pas possible
	X	Possible aux conditions suivantes <i>à temps partiel</i>

Avis médical

Un pronostic plus approfondi sur l'intégration professionnelle est vraisemblablement possible par ...

- d'ici 6 semaines

Pour raisons de santé, cette patiente ou ce patient présente un risque d'accident accru :

oui

non

Pour que l'intégration du / de la patient(e) soit possible, ces conditions-cadre doivent être respectées :

- Consignes claires, écoute de son chef direct

Autres indications éventuellement fournies au médecin traitant :

Dans le passé, il y a eu des conflits au sein de l'équipe.

En cas de besoin, décrivez encore ici les principales tâches confiées à votre collaboratrice ou à votre collaborateur :

Consultation téléphonique des clients et traitement administratif des commandes

Vous pouvez insérer vous-même à cet endroit des photos du lieu de travail / de l'environnement de travail si vous estimez que cela peut être utile à la formulation de l'évaluation médicale.

Date / Signature du médecin

21.11.2017

D^r Pierre VALLON
Psychiatrie-psychothérapie FMH
Place Saint-Louis 7
11010 MORGES
Tél. 021 802 29 85 Fax 021 802 29 89

Date / Signature de la personne responsable chez l'employeur :

J'accepte que par le présent formulaire, mon médecin renseigne mon employeur sur la récupération de ma capacité de travail et soutient par là même ma réintégration professionnelle. Ce formulaire ne contient ni diagnostic, ni rapport médical.

20.11.2017 Max Muster

Date / Signature de la personne responsable chez l'employeur :

Par la signature de ce formulaire, j'indique que le maintien de l'emploi et la réintégration professionnelle de ma collaboratrice ou de mon collaborateur sont importants et que je vais les soutenir.

Nous prendrons en charge les coûts de l'évaluation médicale.

Veillez adresser la facture de 100 CHF à l'adresse suivante:

xyz-AG
Mara Muster
Musterstrasse 99
0123 Musterhausen

20.11.17 M. Muster

Indications au médecin traitant appelé à donner son avis :

Dans la première partie du document, la personne responsable chez l'employeur vous a décrit le plus ouvertement possible les exigences de l'emploi et les conditions-cadre dans lesquelles évolue votre patiente ou votre patient.

C'est maintenant à vous de donner votre appréciation médicale axée sur les ressources.

C'est à vous de cocher les options de réponses et au besoin de les compléter.

Votre appréciation:	Adressée à la personne responsable chez l'employeur :
Possible	Votre patiente / votre patient est apte à satisfaire sans limitation aux exigences en fonction de son état de santé ou est apte à remplir les conditions-cadre définies en fonction de son état de santé
Pas possible	Votre patiente / votre patient n'est pas apte à satisfaire aux exigences de l'emploi en raison de son état de santé ou n'est pas apte à remplir les conditions-cadre définies en raison de son état de santé
Possible aux conditions suivantes	<p>Votre patiente / votre patient ne peut satisfaire que partiellement aux exigences de l'emploi ou est partiellement apte à satisfaire aux conditions-cadre définies en raison de son état de santé.</p> <p>Pour ce qui est de l'option « Possible aux conditions suivantes », vous pouvez compléter librement le texte en y adjoignant les descriptions des limitations de performances liées à l'état de santé de la personne.</p> <p>Vous pouvez déterminer une limitation temporelle dans chaque catégorie : <i>par exemple, jusqu'à 4 heures.</i></p> <p>Vous pouvez limiter la productivité ou la résistance : par exemple, pour ce qui est du soulèvement ou du port de charges, <i>ajouter jusqu'à 5 kg ou</i> pour le travail assis : <i>avec des pauses régulières ou</i> <i>possibilité de changer de position indispensable ou</i> pour un travail nécessitant soin/exactitude : <i>capacité d'attention limitée.</i></p> <p>Vous pouvez fournir des indications sur la mobilité limitée en ajoutant des remarques telles que : <i>pas de rotations du genou ou</i> <i>ne pencher le torse que de manière limitée</i></p> <p>Vos recommandations concernant le recours à des moyens auxiliaires seront les bienvenues de même que celles consistant à soutenir l'intégration ou l'application de mesures d'intégration professionnelles.</p>

Si vous vous attendez à des **changements de capacités** au bout d'un certain temps, vous pouvez inscrire une date dans la case d'appréciation finale correspondant au moment où vous pensez qu'une nouvelle estimation relative à l'intégration sera judicieuse.

Vous pouvez aussi, dans la dernière case d'évaluation, inscrire des **remarques générales** précisant les conditions dans lesquelles votre patiente ou votre patient évolue, afin de permettre une réintégration de son poste de travail la meilleure possible et de manière durable. **N'oubliez pas que vous n'êtes pas censé donner les diagnostics ni de fournir des résultats d'examen.**

Validé et soutenu par:

BSV, SAV, FMH, SGPP, SIM, SAPPM, SVV, Inclusion Handicap, Compasso-Mitglieder

page 7 / 7