

**SVP - Lire attentivement ce qui suit :**

Ce formulaire s'adresse à tous les employés présentant une condition médicale identifiée à risque par l'INSPQ.

Il permet de déclarer votre état de vulnérabilité au Bureau de santé de la Ville de Montréal qui pourra en aviser votre gestionnaire et l'informer des recommandations émises par l'INSPQ au sujet des populations vulnérables.

1. **Imprimez ce formulaire et le faire remplir par votre médecin traitant** afin de pouvoir bénéficier des accommodements en lien avec la directive pour les employés vulnérables.

- Assurez-vous de bien vous identifier en indiquant votre nom, numéro de RAMQ et date de naissance
- Assurez-vous que le document est bel et bien signé par votre médecin traitant
- La Ville n'offre aucun remboursement relatif aux frais encourus pour faire remplir le formulaire

2. **Déclarez votre situation** au Bureau de santé en suivant l'une des procédures ci-dessous :

Si vous disposez d'une adresse électronique Google personnelle ou professionnelle :

- Déclarez votre situation en remplissant le formulaire de [Déclaration d'une condition médicale identifiée à risque](#) disponible dans l'Intranet à la section Employés / COVID-19 / Employé vulnérable et femme enceinte.
- On vous demandera d'y joindre la Demande d'informations complémentaires complétée (*les photos sont acceptées en autant qu'elles soient claires*).

Si vous ne disposez pas d'une adresse électronique Google :

- Déclarez votre situation en acheminant un courriel à [bureaudesante@montreal.ca](mailto:bureaudesante@montreal.ca) ou par téléphone au **514 872-2231**
- Assurez-vous d'acheminer une copie électronique de la Demande d'informations complémentaires complétée au Bureau de santé par courriel ou par télécopieur au **514 872-5749**.
- Votre courriel ou message vocal doit obligatoirement contenir les informations suivantes :

**Objet** : Déclaration d'une condition médicale identifiée à risque en lien avec la COVID-19

|                        |                  |                              |                        |
|------------------------|------------------|------------------------------|------------------------|
| 1- Nom complet         | 3- Matricule     | 5- Accréditation             | 7- Nom du gestionnaire |
| 2- Numéro de téléphone | 4- Emploi occupé | 6- Service ou Arrondissement |                        |

3. **Informez votre gestionnaire** qui devra s'assurer que votre milieu de travail respecte les recommandations émises par l'INSPQ.

- En parallèle, le Bureau de santé procédera à la validation de votre déclaration, puis transmettra un avis de vulnérabilité à votre gestionnaire (cc. boîte RH).
- Si des informations sont manquantes, le Bureau de santé communiquera avec vous.

Nom de l'employé :  
Numéro de RAMQ :  
Date de naissance :

Docteur,

Face à cette crise sanitaire sans précédent, la Ville de Montréal s'est dotée d'une série de mesures préventives en s'appuyant sur les recommandations émises par les autorités compétentes et ajustées en fonction de l'évolution des connaissances, de même que le contexte épidémiologique. L'une de ses mesures est la directive pour les employés porteurs de conditions identifiées à risque, dont l'objectif est de protéger les plus vulnérables en leur offrant un milieu de travail adapté au niveau de risque qu'ils encourent.

Ainsi, pour les employés identifiés vulnérables, si le télétravail n'est pas possible, l'employeur s'assure d'offrir un environnement de travail respectant les recommandations applicable selon le contexte épidémiologique (i.e. le système d'alertes régionales) émises par l'INSPQ<sup>1</sup>. Pour ce faire, nous aurions besoin d'obtenir votre opinion médicale sur les questions suivantes :

À noter que l'accommodation du milieu de travail appartient strictement au gestionnaire de l'employé, sous réserve de respecter les recommandations émises l'INSPQ pour les populations vulnérables tout en tenant compte de sa réalité opérationnelle.

## ÉVALUATION DE LA VULNÉRABILITÉ PAR LE MÉDECIN TRAITANT

**Parmi les groupes identifiés à risque élevé de complications par l'INSPQ, veuillez préciser celui s'appliquant à l'employé.**

- Personne avec une maladie chronique à l'encadré 1 et qui répond à un critère de sévérité à l'encadré 2
- Personne avec au moins trois maladies chroniques à l'encadré 1
- Personne âgée de 60 à 69 ans avec au moins deux maladies chroniques à l'encadré 1
- Personne avec une maladie falciforme (incluant tous les génotypes : SS, SC, S-beta-thalassémique et autres variants)
- Personne immunosupprimée en raison d'un motif énuméré à l'encadré 3 (issu des recommandations de l'INSPQ pour les personnes immunosupprimées publiées dans un avis distinct<sup>2</sup>)

### ENCADRÉ 1 : Les maladies chroniques identifiées comme facteur de risque de complications de la COVID-19

**Veuillez préciser la/les maladie(s) chronique(s) identifiée(s) à risque de complications s'appliquant à l'employé**

- Maladies cardiovasculaires excluant une hypertension contrôlée
- Maladies respiratoires chroniques excluant un asthme contrôlé
- Maladies rénales chroniques
- Maladies hépatiques chroniques
- Diabète de type 1 ou 2
- Obésité à partir d'un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup>
- Condition médicale entraînant une baisse de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration
- Condition médicale ou maladie chronique associée à un risque de complications selon le médecin traitant

### ENCADRÉ 2 : Critères de sévérité

#### Maladies cardiovasculaires

- Angine de classe II à IV selon la classification de la société canadienne de cardiologie
- Infarctus du myocarde récent, soit au cours des trois derniers mois
- Insuffisance cardiaque de stade 3 ou 4, selon la classification du New York Heart Association
- Cardiomyopathie cyanogène ou congénitale
- Hospitalisation pour insuffisance cardiaque récente, soit au cours des trois derniers mois
- Une angioplastie ou une chirurgie cardiaque ou vasculaire récente, soit au cours des trois derniers mois
- Arythmie cardiaque non contrôlée (fibrillation auriculaire rapide, flutter, blocs de haut grade)

<sup>1</sup> INSPQ (2020). COVID-19 (SRAS-CoV-2) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques (version 3.0)

<sup>2</sup> INSPQ (2020). COVID-19 (SRAS-CoV-2) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs immunosupprimés (version du 9 juillet 2020)

**ENCADRÉ 2 : Critères de sévérité (suite)**

**Maladies respiratoires chroniques**

- Asthme sévère selon les critères de la Société canadienne de thoracologie.
- Maladie respiratoire chronique associée à une dyspnée de grade 3 ou 4 selon l'échelle de dyspnée modifiée
- Maladie respiratoire chronique instable (dyspnée augmentée, tolérance à l'effort diminuée, exacerbation répétée)
- Tests des fonctions respiratoires démontrant un syndrome obstructif ou restrictif sévère (VEMS moins de 50 %)
- Hospitalisation ou prise de corticostéroïdes dans les 3 derniers mois pour une maladie respiratoire chronique exacerbée
- Oxygénothérapie ambulatoire

**Maladies rénales chroniques**

- Débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 45
- Dialyse

**Maladies hépatiques chroniques**

- Cirrhose hépatique stade 3 ou 4 selon le score Child-Pugh.

**Diabète de type I ou II**

- Complications microvasculaires et macrovasculaires d'un diabète (ex. neuropathie, néphropathie, rétinopathie, etc.).

**Obésité**

- IMC de 40 kg/m<sup>2</sup> ou plus

**Critères applicables à l'ensemble des maladies chroniques**

- Complications d'une maladie (encadré 1) nécessitant une hospitalisation ou un suivi médical au cours des 3 derniers mois
- Avis du médecin traitant d'un risque élevé de complications de la COVID-19 en lien avec une maladie de l'encadré 1

**ENCADRÉ 3 : Motifs d'immunosuppression à risque de complications associées à la COVID-19**

- A reçu ou reçoit une radiothérapie, une chimiothérapie ou un traitement par inhibiteur de point de contrôle
- Présente des tumeurs solides malignes non hématologiques ou des troubles hématologiques malins
- A reçu une greffe du foie répondant à une des ces conditions : la greffe a eu lieu il y a moins de un an, il y a eu un traitement de rejet dans les 6 derniers mois ou le régime d'immunosuppresseur a été augmenté dans les 6 derniers mois
- A reçu une greffe du : cœur, poumon, rein, pancréas, l'intestin, l'intestin-foie, l'intestin pancréas ou multiviscérales
- A reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques répondant à une de ces conditions : dans les 12 mois suivant la greffe, pendant le traitement immunosuppresseur ou en présence d'une réaction du greffon contre l'hôte active
- Reçoit des corticostéroïdes à hautes doses par voie systémique durant minimale de 14 jours
- Présente une maladie auto-immune traitée par un agent biologique immunosuppresseur/immunomodulateur ou par de l'azathioprine, un dérivé de l'acide mycophénolique, de la cyclosporine, du tacrolimus ou tout antimétabolite à forte doses
- Présente une immunodéficience primaire essentiellement de l'immunité cellulaire.
- Porteur du VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200/mm<sup>3</sup>, ou qui présentent des manifestations cliniques d'un SIDA symptomatique
- Personne présentant une anémie aplasique.

**Par la présente je déclare avoir :**

1. identifié le groupe d'appartenance de l'employé le définissant à risque élevé de complications;
2. identifié à l'encadré 1 la ou les maladies chroniques identifiées comme facteur de risque de complications;
3. évalué la vulnérabilité de mon patient en fonction des critères de sévérité de l'encadré 2;
4. évalué la vulnérabilité de mon patient en fonction des motifs d'immunosuppression à risque de complications de l'encadré 3

**En considération des points énumérés ci-dessus, j'atteste que l'employé appartient à la population suivante :**

Population vulnérable

Population générale

**Signature du médecin traitant :** \_\_\_\_\_ **Date de signature :** \_\_\_\_\_