

SVP - Lire attentivement ce qui suit :

Ce formulaire s'adresse à tout le personnel présentant une condition médicale identifiée à risque par l'INSPQ.

Il permet d'actualiser ou déclarer un nouvel état de vulnérabilité à la Division Gestion de l'invalidité, afin de déterminer les mesures préventives additionnelles recommandées par l'INSPQ applicables à votre situation.

1. Imprimez ce formulaire et faites remplir l'annexe applicable à votre situation par votre médecin :

Annexe A - pour les employé.e.s immunosupprimé.e.s

Annexe B - pour les employé.e.s porteur(euse) de maladies chroniques identifiées à risque élevé de complications

- Assurez-vous de bien identifier le formulaire avec votre nom et votre date de naissance
- Assurez-vous que le document est bel et bien signé par votre médecin traitant
- Veuillez noter que la Ville n'offre aucun remboursement relatif aux frais encourus pour faire remplir le formulaire

IMPORTANT : Pour les employés dont le statut de vulnérabilité a déjà été reconnu, à défaut de recevoir ce nouveau formulaire complété avant le **12 septembre 2022**, nous considérerons que les mesures préventives additionnelles recommandées pour les vulnérables ne seront plus requises.

2. Déclarez votre situation en acheminant une copie électronique du formulaire par courriel à l'adresse suivante : gestioninvalidite@montreal.ca

Assurez-vous d'indiquer clairement votre nom, votre matricule, votre service ou arrondissement d'appartenance, ainsi que le nom de votre gestionnaire.

3. Si vous n'avez jamais déclaré votre statut de vulnérabilité, avisez votre gestionnaire de votre démarche afin que les mesures additionnelles recommandées soient appliquées dans l'attente du traitement de votre dossier par la Division Gestion de l'invalidité.

- Une fois la demande traitée, la Division Gestion de l'invalidité transmettra un avis administratif détaillant les recommandations émises par l'INSPQ à votre gestionnaire et au conseiller en ressources humaines de votre unité.



Si ce n'est pas déjà fait, nous vous invitons à discuter avec votre médecin du **traitement préventif contre la COVID-19 (Evusheld^{MC})** à titre de complément de protection destinées aux personnes à haut risque de complications à la COVID-19.

À noter que la Ville préconise un modèle hybride d'organisation du travail, **combinant télétravail et présence régulière sur les lieux de travail**, et ce, en respectant les modalités définies par l'employeur (fréquence, choix de journée, etc.) pour les employés dont la nature des tâches le permet.

Le télétravail à temps complet ne fait pas partie du modèle adopté par l'employeur. Ainsi, l'employé qui ne peut offrir sa prestation de travail en présentiel, en respect des mesures de protection applicables à sa condition, devra faire évaluer sa situation en fonction des possibilités de l'unité et selon les procédures habituelles (ex : affectation à d'autres tâches, relocalisation temporaire).

NOM COMPLET : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

I. ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE VULNÉRABILITÉ D'UNE PERSONNE IMMUNOSUPPRIMÉE

Basé sur les conditions d'immunosuppression reconnues à risque élevé par l'INESSS, veuillez indiquer celle qui concerne votre patient :

- Personne sous chimiothérapie/radiothérapie active pour un cancer hématologique ou une tumeur solide.
- Personne greffée du foie selon l'une des conditions suivantes :
 - la greffe a eu lieu il y a moins d'un an;
 - il y a eu un traitement de rejet dans les 6 derniers mois;
 - le régime d'immunosuppresseurs a été augmenté dans les 6 derniers mois;
 - le traitement combine deux immunosuppresseurs ou plus;
- Personne greffée du cœur, du poumon, du pancréas, de l'intestin, de l'intestin-foie, de l'intestin-pancréas et autres greffes multiviscérales
- Personne adulte greffée du rein
- Personne greffée de cellules souches hématopoïétiques selon l'une des conditions suivantes :
 - selon le type de greffe et l'évaluation de la reconstitution immunitaire par le médecin greffeur.
 - pendant le traitement immunosuppresseur;
 - en présence d'une réaction du greffon contre l'hôte (GVHD) active.
- Personne qui présente une immunodéficience primaire
- Personne avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200/mm³, ou qui présente un VIH non contrôlé (charge virale détectable) ou des manifestations cliniques d'un SIDA symptomatique.
- Personne qui reçoit de hautes doses de corticostéroïdes, en présence de toutes les conditions suivantes :
 - le traitement est administré par voie systémique (orale ou intraveineuse);
 - le traitement est administré pour une période de 2 semaines ou plus;
 - la dose quotidienne est plus élevée que 20 mg de prednisone (ou son équivalent) chez l'adulte
- Personne qui reçoit un traitement immunosuppresseur de forte intensité, particulièrement en association avec une comorbidité significative (p. ex. diabète, obésité) ou avec un traitement concomitant quotidien de prednisone (ou son équivalent) à une dose d'au moins 5 mg.
 - excluant les personnes recevant des anti-TNF, des anti-IL6 ou des anti-IL17 lorsqu'utilisés en monothérapie, car elles ne présentent pas un risque plus élevé de complications liées à la COVID-19.

→ Diagnostic principal : _____

→ Traitement actuel (médicament, nom et posologie) : _____

→ Fréquence du suivi et date prochain RDV : _____

→ Durée approximative de l'état de vulnérabilité : _____

→ Autres informations : _____

NOM COMPLET : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

II. ÉVALUATION DES MESURES PRÉVENTIVES APPLICABLES

La Ville préconise un modèle hybride, **combinant télétravail et présence sur les lieux de travail** pour ses employés dont la nature des tâches le permet. À noter que le télétravail à temps complet ne fait pas partie des options.

Parmi les mesures préventives ci-dessous, veuillez indiquer celles applicables à votre patient :

- Distanciation physique minimale de 2 mètres en tout temps avec la clientèle et les collègues
- Utilisation d'une barrière physique de qualité à moins de 2 mètres d'autrui
- Port du masque de qualité en continu dans le milieu de travail
- Port du masque de qualité à moins de 2 mètres d'autrui en l'absence de barrière physique de qualité
- Port d'une protection oculaire couvrant les côtés des yeux si l'interlocuteur ne porte pas aussi un masque de qualité
- Autres (SVP précisez) : _____

Signature du médecin traitant : _____ No. de permis : _____

Date de signature : _____

Nom complet : _____ Date de naissance : _____

I. ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE VULNÉRABILITÉ

Veillez indiquer le groupe auquel appartient l'employé parmi ceux identifiés par l'INSPQ :

- Personne avec une maladie chronique de l'encadré 1 et qui répond à un critère de sévérité de l'encadré 2.
- Personne avec au moins trois maladies chroniques de l'encadré 1.
- Personne âgée de 60 à 69 ans avec au moins deux maladies chroniques de l'encadré 1.
- Personne âgée de 70 ans et plus, avec ou sans maladies chroniques.
- Personne avec une maladie falciforme (inclus tous les génotypes)

→ **Diagnostic principal :** _____

→ **Traitement actuel** (médicament, nom et posologie) : _____

→ **Fréquence du suivi et date prochain RDV :** _____

→ **Durée approximative de l'état de vulnérabilité :** _____

→ **Autres informations :** _____

II. ÉVALUATION DES MESURES PRÉVENTIVES APPLICABLES

Afin de de déterminer les mesures préventives applicables à votre patient, veuillez indiquer si celui doit être considéré comme étant « protégé » ou « partiellement protégé ou non protégé ».

Protégé Partiellement protégé ou non protégé

1. Favoriser le télétravail dans le respect des modalités du modèle hybride lorsque possible. À noter que le télétravail à temps complet ne fait pas partie de ce modèle.
2. À défaut du télétravail, privilégier et prioriser les postes de travail qui permettent une distanciation physique d'au moins deux mètres en tout temps.
3. Pour les tâches effectuées à moins de deux mètres qui ne peuvent être éliminées, **les mesures applicables en fonction de la protection conférée par une infection antérieure et la vaccination sont les suivantes :**

Pour les travailleurs protégés

les tâches à moins de 2 m peuvent être effectuées avec des ÉPI de qualité (masque médical et protection oculaire)

Pour les travailleurs partiellement ou non protégés

éliminer les tâches à moins de 2 m sans une barrière physique de qualité (les ÉPI seuls ne sont pas suffisants)

Signature du médecin traitant : _____ No. de permis : _____

Date de signature : _____

CONSENTEMENT AU PARTAGE ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise par la présente : _____

Nom du médecin

Nom de la clinique

Je soussigné(e), _____, donne l'autorisation au représentant dûment autorisé, d'accéder aux renseignements concernant la condition médicale identifiée dans le *formulaire d'évaluation de la vulnérabilité* et de communiquer auprès de mon médecin si nécessaire.

<u>Représentant</u>	<u>Adresse</u>
Médecin conseil de la Ville de Montréal (<i>Ducore Expertise</i>)	3177, rue St-Jacques, bureau 301 Montréal (Québec) H4C 1G7 Télécopieur : 514-872-5749 Courriel : gestioninvalidite@montreal.ca

Je comprends que les informations obtenues seront à l'usage exclusif de la présente directive. Je comprends également que je ne suis pas obligé(e) de donner ce consentement et que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce, en tout temps.

Je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension.

<u>Nom de famille</u>	<u>Prénom</u>	<u>Date de naissance</u>
<u>No. assurance maladie</u>		

Signature de l'employé : _____ Date de la signature : _____