

## CONFIRMATION D'UTILISATION DES OUTILS D'AUTO-AJUSTEMENT

JE CONFIRME, DE BONNE FOI, AVOIR CONSULTÉ ET UTILISÉ LES OUTILS D'AUTO-AJUSTEMENT AVANT DE REMPLIR LA PRÉSENTE DEMANDE

[Cliquer ici pour consulter les outils d'auto-ajustement mis à votre disposition](#)

## IDENTIFICATION

NOM DE L'EMPLOYÉ		NO. MATRICULE	
ADRESSE COURRIEL		NO. TÉLÉPHONE	
TITRE DE D'EMPLOI			
NOM DU GESTIONNAIRE		FONCTION	
ADRESSE COURRIEL		NO. TÉLÉPHONE	
UNITÉ ADMINISTRATIVE/ SERVICE			
DIRECTION			
SITE		LOCAL	

## INFORMATION SUR LA DEMANDE

RAISON DE LA DEMANDE	Préventive Retour au travail	Nouveau poste Autre :	Inconfort(s)/douleur(s)
POSTE DE TRAVAIL CIBLÉ PAR LA DEMANDE	Poste informatique en présentiel Poste informatique en télétravail ( <b>lire et remplir l'annexe I</b> ) Autres :		
DESCRIPTION DES MOTIFS DE LA DEMANDE			

## AUTOÉVALUATION DES INCONFORTS

Cocher le niveau d'inconfort propre à votre situation pour chacun des deux tableaux ci-dessous.

### Intensité de l'inconfort

	<b>1</b>	Aucun	Sensation normale, aucune gêne ni douleur. Aucune douleur, gêne ou tension et sent confortable dans toutes les postures de travail.
	<b>2</b>	Léger	Gêne ou douleur mineure, perceptible mais tolérable. N'affecte pas les activités ou la concentration.
	<b>3</b>	Modéré	Gêne persistante ou dérangeante. Peut nécessiter des ajustements ou des pauses. Commence à affecter le confort ou la performance. Peut affecter certaines tâches ou postures.
	<b>4</b>	Sévère	Douleur ou gêne importante. Interfère avec les activités normales. Limite les mouvements et les activités quotidienne.

**Fréquence de l'inconfort**

	<b>1</b>	Rarement Jamais ou très rarement	Se produit de façon occasionnelle ou exceptionnelle / Moins d'une fois par semaine ou très sporadique
	<b>2</b>	Parfois/Occasionnelle	Se produit de manière intermittente mais non régulière. Quelques fois par semaine ou dans certaines circonstances
	<b>3</b>	Souvent	Se produit régulièrement, plusieurs fois par semaine. Peut affecter la routine ou le confort quotidien.
	<b>4</b>	Constamment / Toujours	Se produit en continu ou presque sans interruption. Présent chaque jour ou dans toutes les situations.

**MODALITÉ DE L'INTERVENTION ERGONOMIQUE**

Lorsque vous enverrez ce formulaire par courriel à [spmet@chudequebec.ca](mailto:spmet@chudequebec.ca), l'un de nos conseillers en prévention et mieux-être au travail prendra contact avec vous dans les 5 jours ouvrables suivant votre demande afin de planifier une intervention ergonomique. Lors de votre rendez-vous, notre conseiller en santé et sécurité au travail évaluera votre poste de travail et apportera les corrections nécessaires. Ensuite, il vous fera parvenir un rapport d'intervention par courriel, comprenant un résumé de la rencontre et des recommandations possibles pour améliorer votre environnement de travail. Un suivi sera fait afin d'évaluer les résultats des modifications apportées à votre poste de travail ainsi que votre niveau de satisfaction quant aux services reçus. Les détails de ce suivi, y compris la date et les modalités, seront convenus entre vous et le conseiller à la fin de la rencontre. Pour en savoir plus sur nos services, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse [spmet@chudequebec.ca](mailto:spmet@chudequebec.ca).

<b>SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ</b>		<b>DATE</b>	
<b>SIGNATURE DU GESTIONNAIRE</b>		<b>DATE</b>	

**ANNEXE I - ÉVALUATION ERGONOMIQUE POUR LES POSTES INFORMATIQUE EN TÉLÉTRAVAIL**

**\*Section à remplir seulement si vous faites du télétravail\***

1. Préalablement à l'évaluation du conseiller

- a. Dans la mesure du possible, demander à quelqu'un de prendre trois photos de vous à votre poste de travail (de derrière, de côté et de biais).
- b. Veuillez envoyer les photos avec ce formulaire à l'adresse courriel suivante [spmet@chudequebec.ca](mailto:spmet@chudequebec.ca).
- c. Consultez la section sur le SPOT : [Documents de référence - télétravail sécuritaire](#)

d. Complétez le tableau ci-dessous :

Concernant votre poste en télétravail, combien d'heures par semaine y passez-vous en moyenne ?		
Cochez les équipements auxquels vous avez accès. Veuillez les avoir lors de l'intervention.	Repose-pied	Souris externe
	Porte-copie	Porte-clavier
	Chaise ajustable	Clavier externe
	Écran (autre que celui d'un portable)	
	Autre :	
Travaillez-vous principalement sur un ordinateur portable ?	Oui	Non

2. Le jour de l'évaluation du conseiller

Il est **fortement conseillé** d'avoir un **clavier** et une **souris externe** (non intégré à l'ordinateur portable). Ces deux outils permettront plusieurs ajustements. Par ailleurs, la **rencontre se déroulera à distance sur la plateforme Teams**. Vous devez **avoir une caméra** lors de cette rencontre pour optimiser l'intervention en ergonomie.