



**Royal Canadian Mounted Police  
Gendarmerie Royale du Canada  
RETOURNER LES  
SOUSSIONS A:**

**RETURN BIDS TO:**

**Bid Receiving/Réception des  
sousmissions**

Bid Receiving Unit  
Procurement & Contracting Services  
73 Leikin Drive,  
Loading Dock – Building M1  
Mailstop # \_15  
Ottawa, ON K1A 0R2

Attn: **Sonya Dupont (613) 843-3798**

**REQUEST FOR PROPOSAL  
DEMANDE DE PROPOSITION**

Proposal to: Royal Canadian Mounted  
Police

We hereby offer to sell to Her Majesty  
the Queen in right of Canada, in  
accordance with the terms and  
conditions set out herein, referred to  
herein or attached hereto, the goods,  
services and construction listed herein  
and on any attached sheets at the  
price(s) set out therefore.

Proposition aux: Gendarmerie royale  
du Canada

Nous offrons par la présente de vendre  
à Sa Majesté I Reine du chef du  
Canada, aux conditions énoncées ou  
incluses par référence dans la  
présente et aux annexes ci-jointes, les  
biens, services et construction  
énumérés ici sur toute feuille ci-  
annexée, au(x) prix indiqué(s).

**Comments – Commentaries  
Vendor/Firm Name and Address  
Raison sociale et adresse du  
fournisseur/de l'entrepreneur**

**Telephone No.  
no de téléphone:**

<b>Title-Sujet</b> Médecin-chef (médecin désigné)	
<b>Solicitation No. - No. de l'invitation</b> 201304630A	<b>Date</b> 18 septembre 2013
<b>Client Reference No. - No. De Référence du Client</b> 201304630A	
<b>Solicitation Closes - L'invitation prend fin</b> <b>At –à 1400 HAE</b> <b>on – le 16 octobre 2013</b>	
<b>F.O.B. - F.A.B.</b> See Herein Voir aux présentes	
<b>Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à:</b> Ian Arboleda ian.arboleda@rcmp-grc.gc.ca	
<b>Telephone No. - No de téléphone</b> 613-843-3793	<b>Fax No. - N° de FAX:</b> 613-825-0082
<b>Destination of Goods and Services: Destinations des biens et services:</b> See herein Voir aux présentes	
<b>Delivery Required - Livraison exigée:</b> See Herein Voir aux présentes	<b>Delivery Offered - Livraison proposée</b> See Herein Voir aux présentes
<b>Name and title of person authorized to sign on behalf of Vendor/Firm - Nom et titre de la personne autorisée à signer au nom du fournisseur/de l'entrepreneur</b>	
<b>Signature</b>	<b>Date</b>



## **TABLE DES MATIÈRES**

### **PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

1. Exigences relatives à la sécurité
2. Énoncé des travaux
3. Compte rendu

### **PARTIE 2 - INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES SOUMISSIONNAIRES**

1. Instructions, clauses et conditions uniformisées
2. Présentation des soumissions
3. Demandes de renseignements en période de soumission
4. Lois applicables

### **PARTIE 3 - INSTRUCTIONS POUR LA PRÉPARATION DES SOUMISSIONS**

1. Instructions pour la préparation des soumissions

### **PARTIE 4 - PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET MÉTHODE DE SÉLECTION**

1. Procédures d'évaluation
2. Méthode de sélection

### **PARTIE 5 - ATTESTATIONS**

1. Attestations obligatoires préalables à l'attribution du contrat
2. Attestations additionnelles préalables à l'attribution du contrat

### **PARTIE 6 - CLAUSES DU CONTRAT SUBSÉQUENT**

1. Exigences relatives à la sécurité
2. Énoncé des travaux
3. Clauses et conditions uniformisées
4. Durée du contrat
5. Responsables
6. Paiement
7. Instructions relatives à la facturation
8. Attestations
9. Lois applicables
10. Ordre de priorité des documents
11. Clauses du Guide des CUA
12. Assurance responsabilité contre les fautes professionnelles médicales
13. Assurance de responsabilité civile commerciale
14. Exigences en matière d'assurance

#### **Liste des annexes**

- |          |   |
|----------|---|
| Annexe A | Énoncé des travaux  |
| Annexe B | Base de paiement  |
| Annexe C | Liste de vérification des exigences relatives à la sécurité |



## PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### 1. Exigences relatives à la sécurité

Le présent besoin est assujéti à une exigence relative à la sécurité. Pour de plus amples renseignements, consulter la Partie 6 –Clauses du contrat subséquent.

### 2. Énoncé des travaux

L'entrepreneur devra assumer le rôle de médecin-chef et de médecin désigné conformément à l'annexe A, Énoncé des travaux.

### 3. Compte rendu

Après l'attribution du contrat, les soumissionnaires peuvent demander un compte rendu des résultats du processus de demande de soumissions. Les soumissionnaires devraient en faire la demande à l'autorité contractante dans les 15 jours ouvrables, suivant la réception des résultats du processus de demande de soumissions. Le compte rendu peut être fourni par écrit, par téléphone ou en personne.

## PARTIE 2 - INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES SOUMISSIONNAIRES

### 1. Instructions, clauses et conditions uniformisées

Toutes les instructions, clauses et conditions identifiées dans la demande de soumissions par un numéro, une date et un titre sont reproduites dans le [Guide des clauses et conditions uniformisées d'achat](https://achatsetventes.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat)(<https://achatsetventes.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat>) publié par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Modification touchant le nom du ministère : Puisque la présente demande de propositions est lancée par la Gendarmerie royale du Canada (GRC), il faut interpréter toute mention de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) ou de son ministre dans les clauses et conditions, y compris celles tirées des CCUA, comme désignant en fait la GRC ou son ministre.

Les soumissionnaires qui présentent une soumission s'engagent à respecter les instructions, les clauses et les conditions de la demande de soumissions, et acceptent les clauses et les conditions du contrat subséquent.

Le document 2003 (2013-06-01) Instructions uniformisées - biens ou services - besoins concurrentiels, est incorporé par renvoi dans la demande de soumissions et en fait partie intégrante.

Le texte de la section 01 - Code de conduite et attestations - soumission du document 2003 susmentionné est modifié comme suit:

Supprimer les paragraphes 1.4 et 1.5 en entier.

Le paragraphe 5.4 du document 2003, Instructions uniformisées - biens ou services - besoins concurrentiels, est modifié comme suit :

Supprimer : soixante (60) jours

Insérer : cent quatre-vingt (180) jours



## **2. Présentation des soumissions**

Les soumissions doivent être présentées uniquement au Module de réception des soumissions de la Gendarmerie Royale du Canada (GRC) au plus tard à la date, à l'heure et à l'endroit indiqués à la page 1 de la demande de soumissions.

En raison du caractère de la demande de soumissions, les soumissions transmises par télécopieur à l'intention de la GRC ne seront pas acceptées.

Le nom et l'adresse de retour du soumissionnaire, le numéro de l'appel d'offres ainsi que l'heure et la date de clôture de l'invitation à soumissionner doivent être clairement indiqués sur l'enveloppe ou sur le colis renfermant la proposition. Les propositions transmises en réponse à la présente demande de propositions ne seront pas retournées.

## **3. Demandes de renseignements - en période de soumission**

Toutes les demandes de renseignements doivent être présentées par écrit à l'autorité contractante au moins cinq (5) jours civils avant la date de clôture des soumissions. Pour ce qui est des demandes de renseignements reçues après ce délai, il est possible qu'on ne puisse pas y répondre.

Les soumissionnaires devraient citer le plus fidèlement possible le numéro de l'article de la demande de soumissions auquel se rapporte la question et prendre soin d'énoncer chaque question de manière suffisamment détaillée pour que le Canada puisse y répondre avec exactitude. Les demandes de renseignements techniques qui ont un caractère exclusif doivent porter clairement la mention « exclusif » vis-à-vis de chaque article pertinent. Les éléments portant la mention « exclusif » feront l'objet d'une discrétion absolue, sauf dans les cas où le Canada considère que la demande de renseignements n'a pas un caractère exclusif. Dans ce cas, le Canada peut réviser les questions ou peut demander au soumissionnaire de le faire, afin d'en éliminer le caractère exclusif, et permettre la transmission des réponses à tous les soumissionnaires. Le Canada peut ne pas répondre aux demandes de renseignements dont la formulation ne permettrait pas de les diffuser à tous les soumissionnaires.

## **4. Lois applicables**

Tout contrat subséquent sera interprété et régi selon les lois en vigueur en Ontario, et les relations entre les parties seront déterminées par ces lois.

À leur discrétion, les soumissionnaires peuvent indiquer les lois applicables d'une province ou d'un territoire canadien de leur choix, sans que la validité de leur soumission ne soit mise en question, en supprimant le nom de la province ou du territoire canadien précisé et en insérant le nom de la province ou du territoire canadien de leur choix. Si aucun changement n'est indiqué, cela signifie que les soumissionnaires acceptent les lois applicables indiquées.

## **PARTIE 3 - INSTRUCTIONS POUR LA PRÉPARATION DES SOUMISSIONS**

### **1. Instructions pour la préparation des soumissions**

**Remarque à l'intention de l'autorité contractante :** Si des copies électroniques sont requises, la même quantité devrait être demandée pour les copies papier et électroniques.



Le Canada demande que les soumissionnaires fournissent leur soumission en sections distinctes, comme suit :

Section I : Soumission technique (3 copies papier)

Section II : Soumission financière (1 copie papier)

Section III : Attestations (1 copie papier)

Les prix doivent figurer dans la soumission financière seulement. Aucun prix ne doit être indiqué dans une autre section de la soumission.

Le Canada demande que les soumissionnaires suivent les instructions de présentation décrites ci-après pour préparer leur soumission.

- a) utiliser du papier de 8,5 po x 11 po (216 mm x 279 mm);
- b) utiliser un système de numérotation correspondant à celui de la demande de soumissions.

En avril 2006, le Canada a approuvé une politique exigeant que les agences et ministères fédéraux prennent les mesures nécessaires pour incorporer les facteurs environnementaux dans le processus d'approvisionnement Politique d'achats écologiques (<http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/ecologisation-greening/achats-procurement/politique-policy-fra.html>). Pour aider le Canada à atteindre ses objectifs, les soumissionnaires devraient :

- 1) utiliser du papier de 8,5 po x 11 po (216 mm x 279 mm) contenant des fibres certifiées provenant d'un aménagement forestier durable et contenant au moins 30 % de matières recyclées; et
- 2) utiliser un format qui respecte l'environnement: impression noir et blanc, recto-verso/à double face, broché ou agrafé, sans reliure Cerlox, reliure à attaches ni reliure à anneaux.

### **Section I : Soumission technique**

Dans leur soumission technique, les soumissionnaires devraient expliquer et démontrer comment ils entendent répondre aux exigences et comment ils réaliseront les travaux. Les soumissionnaires devraient mettre en évidence leur capacité et fournir une description complète, concise et claire de leur méthode de travail.

La soumission technique devrait traiter clairement et de manière suffisamment approfondie des points faisant l'objet des critères d'évaluation en fonction desquels la soumission sera évaluée. Il ne suffit pas de reprendre simplement les énoncés contenus dans la demande de soumissions. Afin de faciliter l'évaluation de la soumission, le Canada demande que les soumissionnaires reprennent les sujets dans l'ordre des critères d'évaluation, sous les mêmes rubriques. Pour éviter les recoupements, les soumissionnaires peuvent se reporter à différentes sections de leur soumission en indiquant le numéro de l'alinéa et de la page où le sujet visé est déjà traité.

### **Section II : Soumission financière**

Les soumissionnaires doivent présenter leur soumission financière (base de paiement) en conformité avec l'annexe « B ». Le montant total de la taxe sur les produits et services ou de la taxe de vente harmonisée doit être indiqué séparément, s'il y a lieu.



## 1.1 Fluctuation du taux de change

Le besoin ne prévoit aucune protection relative à la fluctuation du taux de change. Aucune demande de protection contre la fluctuation du taux de change ne sera prise en considération. Toute soumission incluant une disposition en ce sens sera déclarée non recevable.

## Section III : Attestations

Les soumissionnaires doivent présenter les attestations exigées à la Partie 5.

## PARTIE 4 - PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET MÉTHODE DE SÉLECTION

### 1. Procédures d'évaluation

- a) Les soumissions reçues seront évaluées par rapport à l'ensemble des exigences de la demande de soumissions, incluant les critères d'évaluation techniques et financiers.
- b) Une équipe d'évaluation composée de représentants du Canada évaluera les soumissions.

#### 1.1 Évaluation technique

##### Évaluation – Généralités

1. L'évaluation ne tiendra pas compte de l'expérience citée si l'entrepreneur n'explique pas où, quand et comment la personne a acquis cette expérience.
2. Pour ce qui est des qualifications personnelles, l'expérience acquise dans le cadre d'une formation officielle ne sera pas considérée comme de l'expérience professionnelle. Les stages dans le cadre des programmes coopératifs sont considérés comme de l'expérience professionnelle, à la condition qu'ils se rapportent aux services à fournir.
3. Pour chaque curriculum fourni, le soumissionnaire soit s'assurer de ce qui suit :
  - a. le nom de la personne proposée applicable à une catégorie est clairement indiqué;
  - b. le curriculum vitae démontre clairement « où », « quand » et « comment » les qualifications et l'expérience citées de la personne relatives aux exigences de l'énoncé des travaux pour la catégorie visée, ont été acquises.
  - c. À des fins d'évaluation dans l'interprétation des curriculum vitae,
    - i. « où » signifie au service de quel employeur, à quel poste et à quel titre.
    - ii. « quand » s'entend de la date de début et de la date de fin (p. ex. de janvier 2000 à mars 2002) de la période pendant laquelle la personne a acquis les qualifications et l'expérience;
    - iii. « comment » réclame une description claire du travail accompli par la personne et des responsabilités qui lui étaient assignées à ce poste pendant cette période.
  - d. Le soumissionnaire doit prendre note que le ou les mois d'expérience valable indiqués pour un projet dont l'échéancier chevauche celui d'un autre projet mentionné ne seront comptés qu'une seule fois. Par exemple : l'échéancier du projet 1 va de juillet à décembre 2001, et celui du projet 2 va d'octobre 2001 à janvier 2002; le nombre total de mois d'expérience pour ces deux projets est donc de sept (7) mois.
  - e. Lorsque l'entrepreneur doit avoir acquis un certain nombre d'années d'expérience, on calculera ce nombre d'années à compter de cinq ans avant la DATE DE PUBLICATION DE LA DDP, et il pourra comprendre le temps additionnel jusqu'à la date de clôture finale de la DDP. Par exemple, si l'exigence stipule qu'il faut avoir acquis de l'expérience « ...au cours des cinq (5) dernières années... » et que la date de publication de la DDP est le 1<sup>er</sup> avril 2012 et que la date de clôture est le 31 mai 2012, la période de cinq (5) ans DÉBUTERA alors le 1<sup>er</sup> avril 2007 et continuera



jusqu'à la date de clôture finale de la DDP du 31 mai 2012, ce qui représentera un peu plus de cinq (5) ans.

Exigences obligatoires

1. À la clôture des soumissions, l'offrant doit respecter les exigences obligatoires, y compris celles précisées dans la présente section et les tableaux pour le soumissionnaire et chacune des ressources, et présenter les documents appropriés afin de démontrer sa conformité.
2. Toute proposition qui ne respecte pas les exigences obligatoires suivantes sera jugée non recevable et sera rejetée d'emblée. Chaque exigence doit être traitée séparément.
3. Aux fins de la présente DDP, l'expérience d'un travail « similaire » à celle requise dans la présente DDP s'entend d'un travail dans le domaine des biens immobiliers, d'un travail axé sur les projets, d'un travail mettant en œuvre des tâches et du personnel multiples et, de préférence, d'un travail prévoyant de la construction ou de l'aménagement, et la réinstallation de personnel dans un immeuble.
4. Le soumissionnaire doit démontrer l'expérience suivante pour de ressource proposée:

Critère	CRITÈRE OBLIGATOIRE	N° DE PAGE	SATISFAIT	NE SATISFAIT PAS
O1	Les soumissionnaires doivent fournir le curriculum vitæ de la personne proposée.			
O2	La personne proposée doit détenir un diplôme d'une école de médecine reconnue; si le diplôme a été délivré par une institution située à l'extérieur du Canada, le soumissionnaire doit fournir une preuve que l'équivalence du diplôme au Canada a été évaluée par un tiers reconnu. La liste des organisations reconnues se trouve dans le site Web du Centre d'information canadien sur les diplômes internationaux à l'adresse <a href="http://www.cicic.ca">http://www.cicic.ca</a> .  Les attestations d'études doivent être jointes à la soumission.			
O3	La personne proposée doit détenir un permis valide pour exercer la médecine dans la province de l'Ontario.			
O4	La personne proposée doit être membre en règle des organismes qui délivrent les permis pour exercer la médecine dans les provinces ou les territoires dans lesquels elle a travaillé. Le soumissionnaire doit joindre à la proposition une lettre des organismes en question attestant que le médecin est membre en règle.			
O5	Le soumissionnaire doit fournir la preuve que la personne			



	proposée détient une assurance responsabilité professionnelle civile valide pour les évaluations de compétence effectuées par un tiers conformément aux exigences de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM).			
<b>O6</b>	La personne proposée doit avoir au moins cinq (5) années d'expérience corroborée en tant que médecin praticien.			
<b>O7</b>	La personne proposée doit avoir au moins cinq (5) années d'expérience de travail corroborée au sein d'une équipe multidisciplinaire chargée de la santé au travail.			
<b>O8</b>	La personne proposée doit avoir une expérience corroborée de l'utilisation d'un système de courriel, de WordPerfect ou de Word, et de Quattro Pro ou d'Excel.			

Critères d'évaluation cotés par points

1. Chaque proposition technique qui satisfait à l'ensemble des exigences obligatoires sera évaluée et cotée selon les critères d'évaluation cotés par points décrits ci-dessous.
2. En répondant aux critères d'évaluation cotés par points, le candidat doit ajouter aux renseignements fournis en réponse aux exigences obligatoires des renseignements décrivant l'étendue de l'expérience, des qualifications et de l'expertise spécialisée pertinentes des ressources proposées. Toutes les affirmations d'expérience, de qualifications ou d'expertise des ressources doivent être justifiées par la présentation de descriptions de projet détaillées quant à la façon et à l'endroit où l'expérience, les qualifications ou l'expertise en question ont été acquises.
3. Au cours de l'évaluation des critères cotés par points, l'équipe responsable de l'évaluation ne tiendra pas compte des affirmations non corroborées relatives à l'expérience, aux qualifications ou à l'expertise.
4. Le soumissionnaire doit indiquer où, dans le curriculum vitae de la ressource proposée, se trouvent l'information justifiant l'expérience pertinente pour chacun des critères d'évaluation cotés par points.
5. Une note de passage de 70 % (soixante-dix pour cent) s'applique à la somme des cotes de l'ensemble des ressources proposées « au fur et à mesure des besoins ». Les propositions dont la notation est inférieure aux notes de passage, à tout le moins, seront jugées non recevables.
6. Le tableau ci-dessous décrit les exigences relatives aux ressources cotées, et l'entrepreneur doit remplir les colonnes (« nombre de mois ») et (« Justification »).

Critère	Critère	N° de page	Points par critère	Note
<b>C1</b>	La ressource proposée a démontré qu'elle possède une expérience d'évaluation de l'aptitude physique au travail des premiers intervenants en situation d'urgence dans un		$\geq 5$ ans = 10 points $4 \leq$ ans < 5 = 7 points $3 \leq$ ans < 4 = 5 points $2 \leq$ ans < 3 = 3 points	



	<p>organisme privé ou public.</p> <p>Pour corroborer l'expérience de la personne proposée, les soumissionnaires doivent fournir un résumé écrit faisant état de l'expérience et de ce qui suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) les tâches exécutées;</li> <li>2) la durée et la fréquence des activités.</li> </ol>		<p><math>1 \leq \text{ans} &lt; 2 = 1 \text{ point}</math> <math>&lt; 1 \text{ an} = 0 \text{ point}</math></p>	
<b>C2</b>	<p>La personne proposée a démontré qu'elle a une expérience de la formulation de recommandations relatives à un programme de retour au travail au sein d'un organisme fédérale ou privé.</p>		<p><math>\geq 5 \text{ ans} = 10 \text{ points}</math> <math>4 \leq \text{ans} &lt; 5 = 7 \text{ points}</math> <math>3 \leq \text{ans} &lt; 4 = 5 \text{ points}</math> <math>2 \leq \text{ans} &lt; 3 = 3 \text{ points}</math> <math>1 \leq \text{ans} &lt; 2 = 1 \text{ point}</math> <math>&lt; 1 \text{ an} = 0 \text{ point}</math></p>	
<b>C3</b>	<p>La personne proposée a démontré qu'elle a une expérience, acquise au cours des dix (10) dernières années, de la formulation de conseils et de la sensibilisation auprès d'adultes occupant des postes à haut risque (p. ex. militaires, premiers intervenants en situation d'urgence ou membres d'un service de police).</p>		<p><math>\geq 5 \text{ ans} = 10 \text{ points}</math> <math>4 \leq \text{ans} &lt; 5 = 7 \text{ points}</math> <math>3 \leq \text{ans} &lt; 4 = 5 \text{ points}</math> <math>2 \leq \text{ans} &lt; 3 = 3 \text{ points}</math> <math>1 \leq \text{ans} &lt; 2 = 1 \text{ point}</math> <math>&lt; 1 \text{ an} = 0 \text{ point}</math></p>	
<b>C4</b>	<p>La personne proposée a démontré qu'elle a une expérience, acquise au cours des dix (10) dernières années, de la formulation de recommandations relatives à la gestion de cas d'invalidité au sein d'un organisme fédérale et privé.</p> <p>Pour corroborer l'expérience de la personne proposée, les soumissionnaires doivent fournir un résumé écrit faisant état de l'expérience et de ce qui suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) les tâches exécutées;</li> <li>2) la durée et la fréquence des activités.</li> </ol>		<p><math>\geq 5 \text{ ans} = 10 \text{ points}</math> <math>4 \leq \text{ans} &lt; 5 = 7 \text{ points}</math> <math>3 \leq \text{ans} &lt; 4 = 5 \text{ points}</math> <math>2 \leq \text{ans} &lt; 3 = 3 \text{ points}</math> <math>1 \leq \text{ans} &lt; 2 = 1 \text{ point}</math> <math>&lt; 1 \text{ an} = 0 \text{ point}</math></p>	
	<b>Total</b>			<b>/40</b>

**1.2 Évaluation financière**



Reportez-vous a la soumission financière (Base de paiement) détaillées à l'annexe «B».

**2. Méthode de sélection**

- 2.1** 1. Pour être déclarée recevable, une soumission doit :
- a. respecter toutes les exigences de la demande de soumission;
  - b. satisfaire à tous les critères d'évaluation technique obligatoires;
  - c. obtenir au moins 28 points pour les critères technique cotés. La notation se fait sur 40 points (28/40).
2. Les soumissions ne répondant pas aux exigences a. ou b. ou c. seront déclarées non recevables. La soumission retenue sera celle qui aura obtenu le nombre total de points le plus élevé, établi en additionnant la note pour le mérite technique et la note attribuée à la proposition de prix.

**2.2** Note combinée la plus élevée pour le mérite technique (70%) et le prix (30%)

Formule :  $\frac{\text{Prix de la soumission la moins disante} \times (30\%)}{\text{Prix du soumissionnaire}} + \frac{\text{Note technique} \times (70\%)}{\text{Nombre maximale de points}} = \text{note combinée}$

Détermination du meilleur rapport qualité-prix – exemple de tableau (chiffres présentés à titre d'exemple seulement)

Meilleure note combine pour le mérite technique (70%) et le prix (30%)			
Calcul	Points pour le mérite technique	Points pour le prix	Nombre total de points
Soumissionnaire 1 - Mér. tech = 88/100 - Prix = \$60,000	$\frac{88 \times 70}{100} = 61.6$	$\frac{60 \times 30}{600} = 25$ **60	86.6
Soumissionnaire 2 - Mér. tech = 82/100 - Prix = \$55,000	$\frac{82 \times 70}{100} = 57.4$	$\frac{55 \times 30}{550} = 27.27$ 55	84.67
Soumissionnaire 3 - Mér. tech = 76/100 - Prix = \$50,000	$\frac{76 \times 70}{100} = 53.2$	$\frac{50 \times 30}{500} = 30$ 50	83.2

\*Maximum de points pour le mérite technique

\*\*Proposition de prix du soumissionnaire

\*\*\*Proposition de prix la plus basse

Dans cet exemple, on recommanderait d'attribuer le contrat au soumissionnaire 1.



Supposons qu'à la fin de l'évaluation, au moins deux (2) propositions recevables aient la même note combinée la plus élevée pour le mérite technique et le prix : il sera recommandé d'attribuer le contrat au soumissionnaire ayant obtenu la note la plus élevée pour le mérite technique.

## **PARTIE 5 - ATTESTATIONS**

Pour qu'un contrat leur soit attribué, les soumissionnaires doivent fournir les attestations exigées et la documentation connexe. Le Canada déclarera une soumission non recevable si les attestations exigées et la documentation connexe ne sont pas remplies et fournies tel que demandé.

Le Canada pourra vérifier l'authenticité des attestations fournies par les soumissionnaires durant la période d'évaluation des soumissions (avant l'attribution d'un contrat) et après l'attribution du contrat. L'autorité contractante aura le droit de demander des renseignements supplémentaires pour s'assurer que les soumissionnaires respectent les attestations avant l'attribution d'un contrat. La soumission sera déclarée non recevable si on constate que le soumissionnaire a fait de fausses déclarations, sciemment ou non. Le défaut de respecter les attestations, de fournir la documentation connexe ou de donner suite à la demande de renseignements supplémentaires de l'autorité contractante aura pour conséquence que la soumission sera déclarée non recevable.

### **1. Attestations obligatoires préalables à l'attribution du contrat**

#### **1.1 Code de conduite et attestations - documentation connexe**

**1.1.1** En présentant une soumission, le soumissionnaire atteste, en son nom et en celui de ses affiliés, qu'il respecte la clause concernant le Code de conduite et attestations, des instructions uniformisées. La documentation connexe mentionnée ci-après aidera le Canada à confirmer que les attestations sont véridiques. En présentant une soumission, le soumissionnaire atteste être informé, et que ses affiliés sont informés, du fait que le Canada pourra demander d'autres informations, attestations, formulaires de consentement et éléments prouvant son identité ou son éligibilité. Le Canada pourra aussi vérifier tous les renseignements fournis par le soumissionnaire, incluant les renseignements relatifs aux actions ou condamnations précisées aux présentes en faisant des recherches indépendantes, en utilisant des ressources du gouvernement ou en communiquant avec des tiers. Le Canada déclarera une soumission non recevable s'il constate que les renseignements demandés sont manquants ou inexacts, ou que les renseignements contenus dans les attestations précisées aux présentes s'avèrent être faux, à quelque égard que ce soit, après vérification par le Canada. Le soumissionnaire et ses affiliés devront également demeurer libres et quittes des actions ou condamnations précisées aux présentes pendant la période de tout contrat découlant de cette demande de soumissions.

### **2. Attestations additionnelles préalables à l'attribution du contrat**

Les attestations énumérées ci-dessous devraient être remplies et fournies avec la soumission mais elles peuvent être fournies plus tard. Si l'une de ces attestations n'est pas remplie et fournie tel que demandé, l'autorité contractante en informera le soumissionnaire et lui donnera un délai afin de se conformer aux exigences. Le défaut de répondre à la demande de l'autorité contractante et de se conformer aux exigences dans les délais prévus aura pour conséquence que la soumission sera déclarée non recevable.

#### **2.1 Programme de contrats fédéraux pour l'équité en matière d'emploi - Attestation de soumission**



En présentant une soumission, le soumissionnaire atteste que le soumissionnaire, et tout membre de la coentreprise si le soumissionnaire est une coentreprise, n'est pas nommé dans la liste des « soumissionnaires à admissibilité limitée » ([http://www.travail.gc.ca/fra/normes\\_equite/eq/emp/pcf/liste/inelig.shtml](http://www.travail.gc.ca/fra/normes_equite/eq/emp/pcf/liste/inelig.shtml)) du Programme de contrats fédéraux (PCF) pour l'équité en matière d'emploi disponible sur le site Web de Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) - Travail.

Le Canada aura le droit de déclarer une soumission non recevable si le soumissionnaire, ou tout membre de la coentreprise si le soumissionnaire est une coentreprise, figure dans la liste des « soumissionnaires à admissibilité limitée » du PCF au moment de l'attribution du contrat.

## 2.2 Attestation pour ancien fonctionnaire

Les contrats attribués à des anciens fonctionnaires qui touchent une pension ou qui ont reçu un paiement forfaitaire doivent résister à l'examen scrupuleux du public et constituer une dépense équitable des fonds publics. Afin de respecter les politiques et les directives du Conseil du Trésor sur les contrats avec des anciens fonctionnaires, les soumissionnaires doivent fournir l'information exigée ci-dessous.

### Définition

Aux fins de cette clause,

« ancien fonctionnaire » signifie tout ancien employé d'un ministère au sens de la [Loi sur la gestion des finances publiques](#), L.R., 1985, ch. F-11, un ancien membre des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada. Un ancien fonctionnaire peut être :

- a. un individu;
- b. un individu qui s'est incorporé;
- c. une société de personnes constituée d'anciens fonctionnaires; ou
- d. une entreprise à propriétaire unique ou une entité dans laquelle la personne visée détient un intérêt important ou majoritaire.

« période du paiement forfaitaire » signifie la période mesurée en semaines de salaire à l'égard de laquelle un paiement a été fait pour faciliter la transition vers la retraite ou vers un autre emploi par suite de la mise en place des divers programmes visant à réduire la taille de la fonction publique. La période du paiement forfaitaire ne comprend pas la période visée par l'allocation de fin de services, qui se mesure de façon similaire.

« pension » signifie, une pension ou une allocation annuelle versée en vertu de la [Loi sur la pension de la fonction publique](#) (LFPF), L.R., 1985, ch. P-36, et toute augmentation versée en vertu de la [Loi sur les prestations de retraite supplémentaires](#), L.R., 1985, ch. S-24, dans la mesure où elle touche la LFPF. La pension ne comprend pas les pensions payables conformément à la [Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes](#), L.R., 1985, ch. C-17, à la [Loi sur la continuation de la pension des services de défense](#), 1970, ch. D-3, à la [Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada](#), 1970, ch. R-10, et à la Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada, L.R., 1985, ch. R-11, à la [Loi sur les allocations de retraite des parlementaires](#), L.R., 1985,



ch. M-5, et à la partie de la pension versée conformément à la [Loi sur le Régime de pensions du Canada](#), L.R., 1985, ch. C-8.

Ancien fonctionnaire touchant une pension

Selon les définitions ci-dessus, est-ce que le soumissionnaire est un ancien fonctionnaire touchant une pension? **Oui** ( ) **Non** ( )

Si oui, le soumissionnaire doit fournir l'information suivante pour tous les anciens fonctionnaires touchant une pension, le cas échéant :

- a. le nom de l'ancien fonctionnaire;
- b. la date de cessation d'emploi dans la fonction publique ou de la retraite.

En fournissant cette information, les soumissionnaires acceptent que le statut du soumissionnaire retenu, en tant qu'ancien fonctionnaire touchant une pension en vertu de la LPFP, soit publié dans les rapports de divulgation proactive des marchés, sur les sites Web des ministères, et ce conformément à l' [Avis sur la Politique des marchés : 2012-2](#) et les [Lignes directrices sur la divulgation des marchés](#).

Programme de réduction des effectifs

Est-ce que le soumissionnaire est un ancien fonctionnaire qui a reçu un paiement forfaitaire en vertu des dispositions d'un programme de réduction des effectifs? **Oui** ( ) **No** ( )

Si oui, le soumissionnaire doit fournir l'information suivante :

- a. le nom de l'ancien fonctionnaire;
- b. les conditions de l'incitatif versé sous forme de paiement forfaitaire;
- c. la date de la cessation d'emploi;
- d. le montant du paiement forfaitaire;
- e. le taux de rémunération qui a servi au calcul du paiement forfaitaire;
- f. la période correspondant au paiement forfaitaire, incluant la date du début, d'achèvement et le nombre de semaines;
- g. nombre et montant (honoraires professionnels) des autres contrats assujettis aux conditions d'un programme de réduction des effectifs.

Pour tous les contrats attribués pendant la période du paiement forfaitaire, le montant total des honoraires qui peut être payé à un ancien fonctionnaire qui a reçu un paiement forfaitaire est limité à 5 000 \$, incluant la taxe sur les produits et services ou la taxe de vente harmonisée.

### 2.3 Statut et disponibilité du personnel

Le soumissionnaire atteste que, s'il obtient le contrat découlant de la demande de soumissions, chaque individu proposé dans sa soumission sera disponible pour exécuter les travaux, tel qu'exigé par les



représentants du Canada, au moment indiqué dans la demande de soumissions ou convenue avec ce dernier. Si pour des raisons hors de son contrôle, le soumissionnaire est incapable de fournir les services d'un individu identifié dans sa soumission, le soumissionnaire peut proposer un remplaçant avec des qualités et une expérience similaires. Le soumissionnaire doit aviser l'autorité contractante de la raison pour le remplacement et fournir le nom, les qualités et l'expérience du remplaçant proposé. Pour les fins de cette clause, seules les raisons suivantes seront considérées comme étant hors du contrôle du soumissionnaire : la mort, la maladie, le congé de maternité et parental, la retraite, la démission, le congédiement justifié ou la résiliation par manquement d'une entente.

Si le soumissionnaire a proposé un individu qui n'est pas un employé du soumissionnaire, le soumissionnaire atteste qu'il a la permission de l'individu d'offrir ses services pour l'exécution des travaux et de soumettre son curriculum vitae au Canada. Le soumissionnaire doit, sur demande de l'autorité contractante, fournir une confirmation écrite, signée par l'individu, de la permission donnée au soumissionnaire ainsi que de sa disponibilité. Le défaut de répondre à la demande pourrait avoir pour conséquence que la soumission soit déclarée non recevable.

## **2.4 Études et expérience**

Le soumissionnaire atteste qu'il a vérifié tous les renseignements fournis dans les curriculum vitae et les documents à l'appui présentés avec sa soumission, plus particulièrement les renseignements relatifs aux études, aux réalisations, à l'expérience et aux antécédents professionnels, et que ceux-ci sont exacts. En outre, le soumissionnaire garantit que chaque individu qu'il a proposé est en mesure d'exécuter les travaux prévus dans le contrat éventuel.

## **2.5 Capacités linguistiques**

L'entrepreneur doit fournir tous les services dans les deux langues officielles (anglais et français) du Canada.

Le soumissionnaire atteste qu'il a la capacité linguistique requise pour exécuter les travaux, tel que stipulé à l'annexe «A» - Énoncé des travaux.

### **Certification**

Le soumissionnaire atteste qu'il possède les certifications préalables à l'attribution du contrat, telles qu'elles figurent dans la liste ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Non et titre

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## **PARTIE 6 - CLAUSES DU CONTRAT SUBSÉQUENT**

### **1. Exigences relatives à la sécurité**

Les ressources devront obtenir du Groupe de la sécurité du personnel (GSP) de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) une cote de fiabilité de la GRC.



JAMAIS les ressources de l'entrepreneur ne reproduiront ni ne sortiront des lieux de travail désignés des biens ou des renseignements DÉSIGNÉS ou CLASSIFIÉS.

## 2. Énoncé des travaux

L'entrepreneur devra assumer le rôle de médecin-chef et de médecin désigné conformément à l'annexe A, Énoncé des travaux.

## 3. Clauses et conditions uniformisées

Toutes les clauses et conditions identifiées dans le contrat par un numéro, une date et un titre, sont reproduites dans le [Guide des clauses et conditions uniformisées d'achat](https://ccua-sacc.tpsgc-pwgsc.gc.ca/pub/acho-fra.jsp) (<https://ccua-sacc.tpsgc-pwgsc.gc.ca/pub/acho-fra.jsp>) [achatssetventes.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat](https://ccua-sacc.tpsgc-pwgsc.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat)) publié par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Modification touchant le nom du ministère: Puisque le présent contrat est lancée par la Gendarmerie royale du Canada (GRC), il faut interpréter toute mention de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) ou de son ministre dans les clauses et conditions, y compris celles tirées des CCUA, comme désignant en fait la GRC ou son ministre.

### 3.1 Conditions générales

2035 (2013-06-27), Conditions générales - besoins plus complexes de services, s'appliquent au contrat et en font partie intégrante.

Le texte de la section 41 - Code de conduite et attestations - contrat du document 2035 susmentionné est modifié comme suit:

Supprimer le paragraphe 41.4 en entier.

### 3.2 Conditions générales supplémentaires

4008 (2008-12-12) Conditions générales supplémentaires – Renseignements personnels, s'appliquent au contrat et en font partie intégrante.

## 4. Durée du contrat

### 4.1 Période du contrat

Le contrat sera d'une durée d'une année à partir de la date de son attribution.

### 4.2 Option de prolongation du contrat

- (i) L'entrepreneur accorde au Canada l'option irrévocable de prolonger la durée du contrat pour au plus trois (3) périodes supplémentaire(s) d'une année chacune, selon les mêmes conditions. L'entrepreneur accepte que pendant la période prolongée du



contrat, il sera payé conformément aux dispositions applicables prévues à la Base de paiement.

- (ii) Le Canada peut exercer cette option à n'importe quel moment, en envoyant un avis écrit à l'entrepreneur au moins 30 jours civils avant la date d'expiration du contrat. Cette option ne pourra être exercée que par l'autorité contractante et sera confirmée, pour des raisons administratives seulement, par une modification au contrat.

## **5. Responsables**

### **5.1 Autorité contractante**

L'autorité contractante pour le contrat est :

Nom : Ian Arboleda

Titre : Gestionnaire

Organisation : GRC, Services des acquisitions stratégiques et des contrats

Adresse : 73 rue Leikin, Ottawa, ON K1A 0R2

Téléphone : 613-843-3793

Télécopieur : 613-825-0082

Courriel : Ian.Arboleda@rcmp-grc.gc.ca

L'autorité contractante est responsable de la gestion du contrat, et toute modification doit être autorisée, par écrit par l'autorité contractante. L'entrepreneur ne doit pas effectuer de travaux dépassant la portée du contrat ou des travaux qui n'y sont pas prévus suite à des demandes ou des instructions verbales ou écrites de toute personne autre que l'autorité contractante.

### **5.2 Chargé de projet**

Le chargé de projet pour le contrat est : À déterminer lors de l'attribution du contrat.

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Organisation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ \_

Télécopieur : \_\_\_\_ \_

Courriel : \_\_\_\_\_

Le chargé de projet représente le ministère ou l'organisme pour lequel les travaux sont exécutés en vertu du contrat. Il est responsable de toutes les questions liées au contenu technique des travaux prévus dans le contrat. On peut discuter des questions techniques avec le chargé de projet; cependant, celui-ci ne peut pas autoriser les changements à apporter à l'énoncé des travaux. De tels changements peuvent être effectués uniquement au moyen d'une modification de contrat émise par l'autorité contractante.

### **5.3 Représentant de l'entrepreneur**

Le représentant de l'entrepreneur pour ce contrat est : À déterminer lors de l'attribution du contrat.



Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Organisation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## **6. Paiement**

### **6.1 Base de paiement**

L'entrepreneur sera remboursé pour les frais qu'il aura raisonnablement et convenablement engagés dans l'exécution des travaux prévus à l'annexe A, Énoncé des travaux, selon un taux horaire ferme tout compris établi conformément à la base de paiement présentée de façon détaillée à l'annexe B. La taxe sur les biens et services ou la taxe de vente harmonisée, le cas échéant, est en sus.

### **6.2 Limitation des dépenses**

Pour les travaux décrits à l'annexe A, Énoncé des travaux :

1. La responsabilité totale du Canada envers l'entrepreneur dans le cadre du contrat pour toutes les autorisations de tâche approuvées, y compris toute révision, ne doit pas dépasser la somme de [À DÉTERMINER] \$. Les droits de douane sont exclus et la taxe sur les produits et services ou la taxe de vente harmonisée est en sus, s'il y a lieu.
2. Aucune augmentation de la responsabilité totale du Canada ne sera autorisée ou payée à l'entrepreneur, à moins qu'une augmentation n'ait été approuvée, par écrit, par l'autorité contractante.
3. L'entrepreneur doit informer par écrit l'autorité contractante si la somme prévue est suffisante :
  - a. lorsque 75 % de la somme est engagée;
  - b. quatre (4) mois avant la date d'expiration du contrat;
  - c. dès que l'entrepreneur juge que la somme est insuffisante pour achever les travaux qui doivent être exécutés dans le cadre de toutes les autorisations de tâches, y compris toutes les révisions, selon la première éventualité.
4. Lorsqu'il informe l'autorité contractante que les fonds prévus au contrat sont insuffisants, l'entrepreneur doit lui fournir par écrit une estimation des fonds supplémentaires requis. La présentation de cette information par l'entrepreneur n'augmente pas la responsabilité du Canada à son égard.

### **6.3 Méthode de paiement**

Le paiement sera fait une fois par mois, tout au plus, si :



- a) une facture est présentée au Canada conformément aux instructions énoncées dans la présente et qu'elle comporte une liste de toutes les dépenses liées aux travaux conformément à l'autorisation de tâches;
- b) la facture est approuvée par le responsable technique;
- c) deux séries de documents justificatifs (reçus, pièces justificatives, feuilles de temps, etc.) à l'appui des factures sont transmises au responsable technique désigné dans la présente. Les frais de déplacement liés à la tâche (avec confirmation de l'approbation préalable des déplacements) et les reçus doivent être joints.

**6.4** Le Canada paiera l'entrepreneur pour les travaux exécutés :

- a) dans le cas d'un paiement autre que le paiement final, dans les trente (30) jours suivant la date de réception d'une facture;
- b) dans le cas d'un paiement final, dans les trente (30) jours suivant la date de réception d'une facture finale ou dans les trente (30) jours suivant la date à laquelle les travaux sont achevés, selon la plus tardive de ces dates.

**6.5** Si le Canada a une objection quant à la forme de la facture, dans les quinze (15) jours suivant sa réception, il informera l'entrepreneur de la nature de l'objection. La « forme de la facture » désigne une facture sur laquelle il y a les renseignements justificatifs ou qui est accompagnée des documents justificatifs exigés par le Canada. Si le Canada ne formule pas d'objection dans les quinze (15) jours, la date indiquée au paragraphe 2 de la présente clause ne s'appliquera qu'aux fins de calcul des intérêts sur les comptes en souffrance.

## **7. Instructions relatives à la facturation**

Le paiement sera effectué uniquement sur présentation d'une facture satisfaisante dûment étayée par les documents requis conformément au contrat.

L'entrepreneur doit utiliser son propre formulaire de facturation et y indiquer ce qui suit :

- (a) le montant facturé (excluant la TPS ou la TVH, selon le cas);
- (b) le montant de la TPS ou de la TVH, selon le cas;
- (c) la date;
- (d) le nom et l'adresse du ministère client;
- (e) la quantité et la description (s'il y a lieu);
- (f) le numéro de dossier de la GRC et le numéro de contrat tels qu'ils apparaissent à la page 1 du contrat;
- (g) les codes financiers figurant à la première page du contrat;
- (h) le numéro de référence du client (NRC);
- (i) le numéro d'entreprise-approvisionnement (NEA).

**L'original et une (1) copie** de la facture doivent être envoyés au responsable technique pour attestation et paiement. **Une (1) copie** doit être envoyée à l'autorité contractante.

## **8. Attestations**

### **8.1 Conformité**



Le respect des attestations et documentation connexe fournies par l'entrepreneur avec sa soumission est une condition du contrat et pourra faire l'objet d'une vérification par le Canada pendant la durée du contrat. En cas de manquement à toute déclaration de la part de l'entrepreneur, à fournir la documentation connexe ou encore si on constate que les attestations qu'il a fournies avec sa soumission comprennent de fausses déclarations, faites sciemment ou non, le Canada aura le droit de résilier le contrat pour manquement conformément aux dispositions du contrat en la matière.

## **9. Lois applicables**

Le contrat doit être interprété et régi selon les lois en vigueur en Ontario et les relations entre les parties seront déterminées par ces lois.

## **10. Ordre de priorité des documents**

En cas d'incompatibilité entre le libellé des textes énumérés dans la liste, c'est le libellé du document qui apparaît en premier sur la liste qui l'emporte sur celui de tout autre document qui figure plus bas sur ladite liste.

- a) les articles de la convention;
- b) les conditions générales supplémentaires 4008 (2008-12-12);
- c) les conditions générales 2035, Conditions générales - besoins plus complexes de services (2013-06-27);
- d) Annexe A, Énoncé des travaux;
- e) Annexe B, Base de paiement;
- f) Annexe C, Liste de vérification des exigences relatives à la sécurité;
- g) la soumission de l'entrepreneur en date du \_\_\_\_\_.

## **11. Clauses du *Guide des CCUA***

A9068C (2010-01-11), Règlements concernant les emplacements du gouvernement

## **12. Assurance responsabilité contre les fautes professionnelles médicales**

1. L'entrepreneur doit souscrire et maintenir pendant toute la durée du contrat une police d'assurance responsabilité contre les fautes professionnelles médicales d'un montant équivalent à celui habituellement fixé pour un contrat de cette nature; toutefois, la limite de responsabilité ne doit pas être inférieure à 1 000 000 \$ par accident ou par incident et suivant le total annuel, y compris les frais de défense.
2. La couverture est sur la base des réclamations découlant de services médicaux ou du défaut d'assurer des services médicaux qui ont pour conséquences des blessures, des préjudices psychologiques, des maladies ou le décès de toute personne en raison d'un acte de négligence, d'erreurs ou d'omissions commises par l'entrepreneur lors de ses activités professionnelles ou dans le cadre des lois du bon samaritain.
3. S'il s'agit d'une police sur la base des réclamations, la couverture doit être valide pour une période minimale de douze (12) mois suivant la fin ou la résiliation du contrat.
4. Avis d'annulation : L'assureur s'efforcera de donner à l'autorité contractante un avis écrit de trente (30) jours en cas d'annulation de la police.



**13. Assurance de responsabilité civile commerciale**

1. L'entrepreneur doit souscrire et maintenir pendant toute la durée du contrat une police d'assurance responsabilité civile commerciale d'un montant équivalant à celui habituellement fixé pour un contrat de cette nature; toutefois, la limite de responsabilité ne doit pas être inférieure à 2 000 000\$ par accident ou par incident et suivant le total annuel.
2. La police d'assurance responsabilité civile commerciale doit comprendre les éléments suivants :
  - a. Assuré additionnel : Le Canada est désigné comme assuré additionnel, mais seulement en ce qui concerne les responsabilités qui peuvent découler de l'exécution du contrat par l'entrepreneur. L'intérêt du Canada devrait se lire comme suit : Le Canada, représenté par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
  - b. Blessures corporelles et dommages matériels causés à des tiers découlant des activités de l'entrepreneur.
  - c. Produits et activités complétées : Couverture pour les blessures corporelles et dommages matériels découlant de biens ou de produits fabriqués, vendus, manipulés ou distribués par l'entrepreneur, ou découlant des activités complétées par l'entrepreneur.
  - d. Préjudice personnel : Sans s'y limiter, la couverture doit comprendre la violation de la vie privée, la diffamation verbale ou écrite, l'arrestation illégale, la détention ou l'incarcération et la diffamation.
  - e. Responsabilité réciproque/Séparation des assurés : Sans augmenter la limite de responsabilité, la police doit couvrir toutes les parties assurées dans la pleine mesure de la couverture prévue. De plus, la police doit s'appliquer à chaque assuré de la même manière et dans la même mesure que si une police distincte avait été émise à chacun d'eux.
  - f. Responsabilité contractuelle générale : La police doit, sur une base générale ou par renvoi explicite au contrat, couvrir les obligations assumées en ce qui concerne les dispositions contractuelles.
  - g. Les employés et (s'il y a lieu) les bénévoles doivent être désignés comme assurés additionnels.
  - h. Responsabilité de l'employeur (ou confirmation que tous les employés sont protégés par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ou par un programme semblable).
  - i. Formule étendue d'assurance contre les dommages, comprenant les activités complétées : Couvre les dommages matériels de manière à inclure certains sinistres qui seraient autrement exclus en vertu de la clause d'exclusion usuelle de garde, de contrôle ou de responsabilité faisant partie d'une police d'assurance type.
  - j. Avis d'annulation : L'assureur s'efforcera de donner à l'autorité contractante un avis écrit de trente (30) jours en cas d'annulation de la police.



- k. S'il s'agit d'une police sur la base des réclamations, la couverture doit être valide pour une période minimale de douze (12) mois suivant la fin ou la résiliation du contrat.
- l. Droits de poursuite : Conformément à l'alinéa 5 d) de la [Loi sur le ministère de la Justice](#), L.R.C. 1993, ch. J-2, art. 1, si une poursuite est intentée par ou contre le Canada et que, indépendamment de la présente clause, l'assureur a le droit d'intervenir en poursuite ou en défense au nom du Canada à titre d'assuré additionnel désigné en vertu de la police d'assurance, l'assureur doit communiquer promptement avec le Procureur général du Canada, par lettre recommandée ou par service de messagerie, avec accusé de réception, pour s'entendre sur les stratégies juridiques.

Pour la province de Québec, envoyer à l'adresse suivante :

Directeur  
Direction du droit des affaires  
Bureau régional du Québec (Ottawa)  
Ministère de la Justice  
284, rue Wellington, pièce SAT-6042  
Ottawa (Ontario) K1A 0H8

Pour les autres provinces et territoires, envoyer à l'adresse suivante :

Avocat général principal  
Section du contentieux des affaires civiles  
Ministère de la Justice  
234, rue Wellington, Tour de l'Est  
Ottawa (Ontario) K1A 0H8

Une copie de cette lettre doit être envoyée à l'autorité contractante à titre d'information. Le Canada se réserve le droit d'intervenir en codéfense dans toute poursuite intentée contre le Canada. Le Canada assumera tous les frais liés à cette codéfense. Si le Canada décide de participer à sa défense en cas de poursuite intentée contre lui et qu'il n'est pas d'accord avec un règlement proposé et accepté par l'assureur de l'entrepreneur et les plaignants qui aurait pour effet de donner lieu à un règlement ou au rejet de l'action intentée contre le Canada, ce dernier sera responsable envers l'assureur de l'entrepreneur pour toute différence entre le montant du règlement proposé et la somme adjugée ou payée en fin de compte (coûts et intérêts compris ou en sus) au nom du Canada.

#### **14. Exigences en matière d'assurance**

L'entrepreneur doit respecter les exigences en matière d'assurance prévues aux présentes. L'entrepreneur doit maintenir la couverture d'assurance exigée pendant toute la durée du contrat. Le respect des exigences en matière d'assurance ne dégage pas l'entrepreneur de sa responsabilité en vertu du contrat, ni ne la diminue.

L'entrepreneur est responsable de décider si une assurance supplémentaire est nécessaire pour remplir ses obligations en vertu du contrat et pour se conformer aux lois applicables. Toute assurance supplémentaire souscrite est à la charge de l'entrepreneur ainsi que pour son bénéfice et sa protection.



**Royal Canadian Mounted Police  
Gendarmerie Royale du Canada**

---

Government  
of Canada

Gouvernement  
du Canada

**Solicitation No./ No del'invitation: 201304630A**

---

L'entrepreneur doit faire parvenir à l'autorité contractante, dans les dix (10) jours suivant la date d'attribution du contrat, un certificat d'assurance montrant la couverture d'assurance et confirmant que la police d'assurance conforme aux exigences est en vigueur. L'assurance doit être souscrite auprès d'un assureur autorisé à faire affaire au Canada. L'entrepreneur doit, à la demande de l'autorité contractante, transmettre au Canada une copie certifiée de toutes les polices d'assurance applicables.



## ANNEXE «A»

### ÉNONCÉ DES TRAVAUX

#### Objectif

La GRC a besoin des services à temps partiel d'un (1) médecin autorisé, à titre de médecin-chef et de médecin désigné. Ce médecin fournira des services de santé aux membres de la GRC et administrera un programme complet de santé au travail. Pour être en mesure d'aider l'équipe multidisciplinaire, ce médecin devra formuler des recommandations et/ou des avis professionnels au sujet de l'aptitude de membres de la GRC à exécuter des fonctions de maintien de l'ordre.

Le système de profil médical de la GRC décrit l'aptitude au travail des membres ainsi que toute limite et restriction attribuable à des troubles physiques ou affectifs qui nuisent à leur capacité d'accomplir leurs tâches relatives au maintien de l'ordre.

#### Contexte

La mission et la vision des Services de santé et de sécurité au travail (SSST) de la GRC consistent à s'assurer que les membres de la GRC sont « *en santé, en sécurité et en forme pour le travail et pour la vie* ». Pour être en mesure de mener à bien cette mission et d'incarner cette vision, la GRC doit évaluer l'aptitude au travail de ses membres au moyen de bilans de santé périodiques. L'évaluation périodique de la santé repose sur des renseignements recueillis grâce aux examens physiques réalisés à la Clinique de santé au travail de la GRC, de même que sur les résultats de tests de laboratoire et d'audiogrammes. Un profil est établi pour déterminer si les membres sont aptes ou non à travailler et signale toute restriction qui s'applique d'après les évaluations médicales. Par conséquent, il est impératif que des médecins praticiens qualifiés soient disponibles pour fournir ces services.

#### Portée des travaux

Le médecin doit administrer un programme complet de santé au travail pour les membres de la GRC travaillant à la Direction générale (DG).



Le médecin doit aider l'équipe multidisciplinaire formée d'un médecin, d'un infirmier/d'une infirmière, d'un/d'une psychologue, d'un facilitateur/d'une facilitatrice en matière de retour au travail, d'un coordonnateur/d'une coordonnatrice du Programme d'aide aux membres et aux employés, d'un officier/d'une officière responsable, d'un/d'une gestionnaire de programme aux SSST et de membres du personnel de soutien dans ce domaine, de sorte que les membres réguliers et les membres civils aient un état de santé optimal et qu'ils soient aptes à s'acquitter de leurs fonctions. Le médecin aidera l'équipe à faciliter la réadaptation en temps opportun de membres réguliers et de membres civils et un retour au travail de ceux-ci en toute sécurité.

Le médecin doit passer en revue les évaluations médicales d'un tiers et les évaluations de l'état de santé d'employés pour établir l'aptitude au travail d'agents de police et de membres civils dans le contexte du travail spécialisé lié aux fonctions du poste. Cette information aidera le médecin à formuler une recommandation à l'employeur eu égard à l'aptitude de membres/d'employés d'assumer des fonctions policières, en faisant ressortir toute limitation et/ou restriction temporaire ou permanente pouvant s'appliquer. Il s'agit notamment d'établir l'aptitude/la capacité d'un agent de police à se servir d'une arme à feu, de conduire un véhicule de secours et de prendre part à une formation et/ou à une évaluation des compétences.

Le médecin aidera à établir la capacité de membres de la GRC (et de leur famille) à accepter des affectations d'agent de liaison et des affectations à des postes isolés.

Le médecin établira et recommandera des profils médicaux qui permettront de déterminer le niveau d'aptitude d'un membre à exercer ses fonctions. La date figurant sur le profil médical doit correspondre à celle du rendez-vous périodique d'évaluation médicale, et le formulaire de la GRC « Profil médical – 2158 » doit être utilisé.

Grâce au système de profil médical, le médecin avisera l'employeur de l'état de santé de l'employé et de l'aptitude de ce dernier à exercer ses fonctions au sein de l'effectif.

### **Tâches**

- 1) Procéder périodiquement aux évaluations de l'état de santé afin d'établir l'aptitude au travail de membres réguliers et membres civils dans le contexte de tâches spécialisées liées aux fonctions du poste. Consigner les constatations dans le formulaire « Évaluation de l'état de santé – 3380 ».
- 2) Évaluer périodiquement l'état de santé de membres civils, d'employés et de membres du personnel de laboratoire travaillant avec des produits chimiques, des produits dangereux ou des substances désignées dans le cadre des fonctions d'analyse judiciaire. Consigner les constatations dans le formulaire « Évaluation de l'état de santé – 3380 ».
- 3) Revoir l'information médicale découlant de l'évaluation périodique de la santé de tous les membres réguliers, membres civils et postulants, afin de déterminer s'ils sont aptes à exercer leurs fonctions



policières et de préciser les restrictions et/ou limitations temporaires ou permanentes pouvant s'appliquer. Consigner les recommandations médicales dans le formulaire « Profil médical – 2158 » de la GRC.

4) Établir l'aptitude d'employés de la GRC à s'acquitter de leurs fonctions dans le contexte des tâches spécialisées liées aux fonctions du poste et d'affectations spéciales, au moyen de l'analyse des évaluations de l'état de santé.

5) Déterminer la capacité des membres de la GRC (et de leur famille) d'occuper un poste isolé d'agent de liaison. Consigner les recommandations relatives au profil médical dans le formulaire de la GRC « Profil médical – 2158 ».

6) Déterminer l'aptitude au travail de membres civils, d'employés et de membres du personnel de laboratoire travaillant avec des produits chimiques, des produits dangereux ou des substances désignées dans le cadre des fonctions d'analyse judiciaire.

7) Déterminer l'admissibilité de membres réguliers aux avantages et prestations pour soins de santé en vertu du programme de soins complémentaires et de soins de santé au travail. Consigner les recommandations relatives aux avantages du programme de soins de santé au travail dans le formulaire de la GRC « Santé au travail - Recommandation de traitement et approbation – 6039 ».

8) Déterminer l'admissibilité de membres civils aux avantages et prestations du programme de soins de santé au travail par suite de la confirmation d'un accident de travail ou d'un incident lié au travail. Remplir le formulaire de la GRC « Santé au travail - Recommandation de traitement et approbation – 6039 ».

9) Établir l'aptitude au travail d'un membre régulier avant et après un congé de maladie de longue durée. Consigner les recommandations ainsi que les limitations et restrictions, s'il y a lieu, en un profil médical au moyen du formulaire de la GRC « Profil médical – 2158 ».

10) Fournir des recommandations quant aux limitations et restrictions médicales relatives aux situations où il y a obligation de prendre des mesures d'adaptation ou de retour au travail pour des membres réguliers ou civils.

11) Examiner les dossiers médicaux dans le cadre de demandes relatives à l'AIPRP et formuler des recommandations quant au refus de communiquer des renseignements personnels en vertu de l'article 28 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

12) Formuler des recommandations à l'intention du Comité de gestion des services intégrés quant à la capacité d'un membre de la GRC à retourner au travail.



13) Former un conseil médical chargé d'évaluer la capacité d'un membre de la GRC à exécuter ses tâches quotidiennes, ou en faire partie. À cet effet :

- a) dresser la liste d'experts médicaux du secteur privé qui procèdent à des évaluations médicales indépendantes dans le cadre de leur pratique habituelle pour le compte de comités médicaux, confirmer leur disponibilité ainsi que leurs honoraires (taux horaire);
- b) examiner le dossier médical d'un membre et aviser par écrit l'officier responsable des Services de santé quant à l'établissement des qualifications exigées des médecins qui seront nommés par l'officier compétent;
- c) transmettre une copie du dossier médical complet du membre aux médecins choisis pour siéger au conseil médical et discuter du processus avec le président/la présidente du conseil. Accélérer l'approbation des demandes de tests, d'examens et d'expertise jugées nécessaires par le conseil.

14) Conseiller et informer les membres de la GRC qui occupent des postes à haut risque relativement à une consultation médicale.

Le médecin-chef à la DG de la GRC relève directement de l'officier responsable des Services de santé et de sécurité au travail. En sa qualité de médecin-chef, l'entrepreneur est responsable de prodiguer des orientations et des conseils à l'équipe des services de santé de la DG.

Le médecin ne sera pas tenu de fournir son aide en matière de gestion des cas d'invalidité liée au travail de membres réguliers ou civils dont il est le médecin traitant/l'omnipraticien.

### **Lieu de travail**

Tous les travaux seront effectués au bureau des Services de santé et de sécurité au travail (SSST), situé au 73, promenade Leikin, Ottawa (Ontario) K4A 0R2.

### **Soutien de la part de la GRC**

La GRC fournira les installations nécessaires, y compris un poste de travail, un ordinateur et l'accès à un réseau interne aux fins de l'exercice des fonctions liées à ce besoin. De plus, la GRC procurera les fournitures médicales et l'équipement médical nécessaires.

### **Contraintes**

Les tâches doivent être fournis pendant les heures de bureau de base établis de 07h00 et 18h00, du lundi au vendredi, sauf les jours fériés.



### **Langue**

Le médecin doit pouvoir s'exprimer de vive voix et par écrit dans les deux langues officielles (anglais et français).

### **Réalisations attendues**

- Rendre compte du nombre d'évaluations périodiques de la santé réalisées, en remplissant le formulaire indiqué à l'annexe A;
- Rendre compte du nombre de profils médicaux établis, en remplissant le formulaire indiqué à l'annexe A ;
- Rendre compte du nombre de recommandations relatives aux prestations de soins de santé au moyen du formulaire indiqué à l'annexe A;
- Rendre compte du nombre de recommandations relatives aux blessures de stress opérationnel (BSO) au moyen du formulaire indiqué à l'annexe A;
- Rendre compte du nombre de recommandations relatives aux prestations de soins de santé ayant trait précisément à la dépendance à l'alcool, à la drogue et au jeu au moyen du formulaire indiqué à l'annexe A.

### **Présentation des réalisations attendues**

Tous les rapports doivent être remis en version papier et sur support électronique. Le support électronique peut être l'une des applications de la suite Microsoft Office – Word, Excel, PowerPoint.



APPENDICE 1 DE L'ANNEXE A

PROFIL MÉDICAL (RCMP GRC 2158)



Royal Canadian Mounted Police / Gendarmerie royale du Canada

MEDICAL PROFILE

TO BE COMPLETED BY THE RCMP DIVISIONAL HEALTH SERVICES OFFICER (DHSO)/DELEGATE

PROFIL MÉDICAL

À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN-CHEF DIVISIONNAIRE (MCD) DE LA GRC OU SON REPRÉSENTANT

Protected A once completed / Protégé A une fois rempli  
PIB RCMP - P - PE - 802  
FRP GRC - P - PE - 808

1. General Information - Renseignements généraux

Category of person being assessed - Catégorie de personne étant évaluée

- Regular Member / Membre régulier     Civilian Member / Membre civil     Reserve / Réserve     Applicant / Postulant     Other, specify: / Autre, préciser :

HRMIS or Applicant No. / SIGRH ou N° du postulant	Surname - Nom de famille	Given Name - Prénom
Location - Lieu de travail	Unit - Service	Supervisor - Superviseur
Duty - Fonction	Code	Group and Sub-group - Groupe et sous-groupe
Medical profile update based on - Mise à jour du profil médical en fonction de :		
<input type="checkbox"/> Health Assessment (Form 3380) dated: / L'évaluation de santé (formulaire 3380) datée du : _____ <input type="checkbox"/> Changes in health of member since previous health assessment dated: / Des changements dans l'état de santé du membre depuis l'évaluation de santé antérieure datée du : _____		

2. Medical Profile - (II.19 Occupational Health Services - Appendix II-19-1 - Medical Profile Factors)

Profil médical - (Chapitre II.19, Services de santé au travail - Annexe II-19-1 - Facteurs du profil médical)

For - Pour :

	Job Code Minimum Medical Profile / Profil médical minimum relié à l'emploi	Previous Medical Profile / Profil médical antérieur	Current Medical Profile / Profil médical actuel	Temporary Profile Valid Until (yyyy-mm-dd) / Profil temporaire valide jusqu'au (aaaa-mm-jj)
Vision	V			
Colour Vision - Vision des couleurs	CV			
Hearing - Oûie	H			
Geographic location - Lieu géographique	G			
Occupation - Travail	O			

**Note to the DHSO/Delegate:** Notify the Supervisor upon completion of your assessment in the case where the Member's medical profile does not meet or exceed one or more factors of the minimum medical profile of his/her position and complete section 5. (II.19 Occupational Health Services - Appendix II-19-2 - Medical Profiles)

**Note au MCD ou à son représentant :** Aviser le superviseur après avoir terminé son évaluation dans le cas où le profil médical du membre n'est pas conforme ou supérieur à un ou plusieurs facteurs du profil médical minimum de son poste et remplir la section 5. (Chapitre II.19, Services de santé au travail - Annexe II-19-2 - Profils médicaux)

3. Fit for duty for - Apté au travail pour :

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Yes / Oui                | No / Non                 |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Physical confrontation/arrest of a violent offender / Procéder à l'arrestation d'un contrevenant violent  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Operational Driving / Conduire à des fins opérationnelles   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Administrative Driving / Conduire à des fins administratives  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Use of firearms and other offender control weapons in the context of police work / Utiliser une arme à feu ou une autre arme dans le cadre du travail policier  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Operational decision making (adequate perception and processing of information) / Prendre des décisions opérationnelles (bien saisir et analyser l'information) |



HRMIS or Applicant No. SIGRH ou N° du postulant	Protected A once completed Protégé A une fois rempli
	PIB RCMP - P - PE - 802 FRP GRC - P - PE - 808

**4. Fit for participation in the following training and core competency testing:  
Apte à participer aux tests d'exigences de base et de formation suivants :**

Yes  
Oui

No  
Non

- Task specific evaluation of physical ability (PARE, Police Dog Services (PDS), Emergency Response Team (ERT), others)  
Évaluation spécifique des aptitudes physiques reliées aux tâches (TAPE, Service cynophiles (SC), Groupe tactique d'intervention (GTI), autres)
- Operational driving of a police vehicle  
Conduire un véhicule de police à des fins opérationnelles
- Operational use of a firearm if needed and carrying spare magazine  
Utiliser une arme à feu au besoin dans le cadre d'opérations et porter un chargeur de réserve
- Use of Conducted Energy Weapon (Taser)  
Utiliser une arme à impulsions (Taser)
- Using Oleoresin Capsicum spray (OC spray)  
Utiliser l'oléorésine de poivre (aérosol capsique)
- Use of extendable defensive baton  
Maniement du bâton télescopique de défense
- Applying Carotid Control technique  
Appliquer la technique d'étranglement carotidien
- Use of PC4 gas mask and required antidotes - Chemical, Biological, Radiological and Nuclear First Responder  
Utiliser le masque à gaz PC4 et les antidotes requis - Première intervention en cas d'incident chimique, biologique, radiologique ou nucléaire
- Performing standard first aid/CPR  
Administer les premiers soins et la RCR

**5. Limitations or duty restrictions - Limitations ou restrictions reliées au travail :**

Comments - Commentaires

\_\_\_\_\_  
Name of RCMP DHSO/Delegate  
Nom du MCD de la GRC ou de son représentant

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (yy-mm-dd - aa-mm-jj)

Approved by:  
Approuvé par :

\_\_\_\_\_  
Name of Human Resources Officer/Delegate  
Nom de l'agent des ressources humaines  
ou de son représentant

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (yy-mm-dd - aa-mm-jj)

Distribution: Original to Member's medical file with a c.c. to: (1) Member; (2) Supervisor; (3) Regional Staffing Officer; (4) Regional Training Coordinator  
Distribution : Original au dossier médical du membre avec une c.c. à : (1) Membre ; (2) Superviseur ; (3) Agent d'affectation régional ; (4) Coordonnateur régional de la formation



APPENDICE 2 DE L'ANNEXE A

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ – MEMBRE (RCMP GRC 3380)



Royal Canadian Mounted Police / Gendarmerie royale du Canada

HEALTH ASSESSMENT / ÉVALUATION DE SANTÉ

Protected B once completed / Protégé B une fois rempli  
HRMIS No. - N° du SIGH  
PIB RCMP - P - PE - 832 / FRP GRC - P - PE - 808

MEMBER:

Please complete pages 1 to 5, sign the Statement of Consent on page 1 and put your initials at the bottom of pages 1 to 5.

MEMBRE :

Veuillez remplir les pages 1 à 5, signer l'Énoncé de consentement à la page 1 et apposer vos initiales au bas des pages 1 à 5.

<b>A IDENTIFICATION</b>		* Optional - Facultatif
Surname - Nom de famille		Given Name(s) - Prénom(s)
		Rank - Grade
DOB (y-m-d) - DDN (a-m-j)	Work Email Address - Adresse de courriel au travail	
		Province of Work - Province de travail
Current Occupation - Poste actuel		Work Tel. No. - N° de tél. au travail
		Home Tel. No. - N° de tél. à la maison *
Job Title - Titre du poste		Work Pager - Téléviseur au travail

Category of person being assessed - Catégorie de personne étant évaluée

Regular Member / Membre régulier
  Civilian Member / Membre civil
  Reserve / Réserve
  Auxiliary / Auxiliaire
  Other, specify: / Autre, préciser:

Reason for health assessment - Raison de l'évaluation de santé

Mandated PHA / EPS obligatoire
  Exit PHA / EPS de départ
  Other, specify: / Autre, préciser:
  I would like a copy of my assessment / J'aimerais une copie de mon évaluation

<b>B STATEMENT OF CONSENT</b>	<b>ÉNONCÉ DE CONSENTEMENT</b>
I declare that the information contained in this Health Assessment is true and correct to the best of my knowledge.	Je déclare que l'information contenue dans cette évaluation de santé est, à ma connaissance, exacte.
As a regular member, I understand that the purpose of this assessment is to gather information in order to assess my fitness to perform police duties. As a non regular member, I understand that the purpose of this assessment is to gather information to assess my fitness to perform police support duties.	En tant que membre régulier, je comprends que l'objectif de cette évaluation est de recueillir de l'information pour déterminer si je suis en forme pour accomplir les tâches du travail policier. En tant que membre non régulier, je comprends que l'objectif de cette évaluation est de recueillir de l'information pour déterminer si je suis en forme pour accomplir les tâches reliées au soutien du travail policier.
I understand that the information gathered during this assessment will be used in accordance with the Occupational Health Policy of the RCMP Administration Manual II.19.	Je comprends que l'information recueillie au cours de cette évaluation sera utilisée selon la politique de santé au travail du chapitre II.19 du Manuel d'administration de la GRC.
I understand that the gathered information will only be disclosed to RCMP Occupational Health Services personnel and/or RCMP approved agents on a need-to-know basis in accordance with the Access to Information Act and the Privacy Act. This Statement of Consent shall remain valid until the fitness for duty determination is completed.	Je comprends que l'information recueillie ne sera communiquée qu'au personnel des Services de santé au travail de la GRC ou à ses représentants autorisés selon le principe du besoin de savoir conformément à la Loi sur l'accès à l'information et à la Loi sur la protection des renseignements personnels. Cet énoncé de consentement demeurera valide jusqu'à ce qu'on ait déterminé si je suis en forme pour le travail.

Signature of Member - Signature du membre \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

<b>C MEDICAL HISTORY UPDATE</b>	<b>MISE À JOUR DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX</b>
Your past and current health status is important to assess your fitness to perform your duties.	Vos états de santé antérieur et actuel sont importants pour déterminer votre aptitude à remplir vos fonctions.
Name of family physician - Nom de votre médecin de famille	Address of family physician - Adresse de votre médecin de famille
How long has this person been your family physician? / Depuis quand cette personne est-elle votre médecin de famille?	Date of last visit to your physician / Date de votre dernière visite chez le médecin
Tel. No. of physician / N° de tél. du médecin	
Have you ever been granted or do you presently receive any long term disability benefits? / Avez-vous déjà reçu ou recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité de longue durée?	
<input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Yes / Oui	
If yes, for which medical condition(s)? - Si oui, pour quelle(s) condition(s) médicale(s)?	

Member's initials - Initiales du membre: \_\_\_\_\_





TO BE COMPLETED BY THE MEMBER AND  
REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER  
Protected B once completed

À ÊTRE REMPLI PAR LE MEMBRE ET  
VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

D REVIEW OF SYSTEMS	REVUE DES SYSTÈMES
<p>The following is a list of body systems. If applicable, please check and provide comments on any symptoms including date of onset and duration.</p>	<p>Ce qui suit est une liste de systèmes et appareils de l'organisme. Le cas échéant, veuillez cocher et fournir des commentaires sur tout symptôme, y compris la date d'apparition et la durée.</p>
<p><b>1. Vision</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) change in vision - changement de la vision</p> <p><input type="checkbox"/> b) transient blurring, blindness or pain - vision embrouillée passagère, perte de la vision ou douleur</p> <p><input type="checkbox"/> c) other (specify) - autre (préciser) :</p>	<p>Physician's Comments - Commentaires du médecin</p>
<p><b>2. Hearing - Audition</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) change in hearing - changement de l'audition</p> <p><input type="checkbox"/> b) ringing in the ears - bourdonnement d'oreille</p> <p><input type="checkbox"/> c) other (specify) - autre (préciser) :</p>	
<p><b>3. Cardiovascular - Cardiovasculaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) shortness of breath - essoufflement</p> <p><input type="checkbox"/> b) chest pain/pressure - douleur ou pression à la poitrine</p> <p><input type="checkbox"/> c) rapid or irregular heart rate - rythme cardiaque rapide ou irrégulier</p> <p><input type="checkbox"/> d) ankle swelling - enflure des chevilles</p> <p><input type="checkbox"/> e) other (specify) - autre (préciser) :</p>	
<p><b>4. Respiratory - Respiratoire</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) asthma/wheezing - asthme/respiration sifflante</p> <p><input type="checkbox"/> b) persistent sore throat - mal de gorge persistant</p> <p><input type="checkbox"/> c) coughing blood or sputum - crachement de sang ou expectoration</p> <p><input type="checkbox"/> d) persistent or recurrent cough - toux persistante ou récurrente</p> <p><input type="checkbox"/> e) change and/or hoarseness of voice - changement et/ou enrouement de la voix</p> <p><input type="checkbox"/> f) other (specify) - autre (préciser) :</p>	
<p><b>5. Gastrointestinal - Gastro-intestinal</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) change in appetite/thirst - changement d'appétit ou soif</p> <p><input type="checkbox"/> b) digestive problems/heartburn/nausea - problèmes digestifs/ brûlures d'estomac ou nausée</p> <p><input type="checkbox"/> c) difficulty or pain on swallowing - difficulté ou douleur en avalant</p> <p><input type="checkbox"/> d) recurrent abdominal pain - douleur abdominale récurrente</p> <p><input type="checkbox"/> e) recurrent diarrhea or constipation - diarrhée ou constipation récurrente</p> <p><input type="checkbox"/> f) unexplained weight loss or weight gain - perte ou gain de poids non expliqué</p> <p><input type="checkbox"/> g) rectal bleeding - saignement rectal</p> <p><input type="checkbox"/> h) change in stool habits or appearance - changement de la fréquence ou de l'apparence des selles</p> <p><input type="checkbox"/> i) swelling of the groin - enflure de l'aîne</p> <p><input type="checkbox"/> j) other (specify) - autre (préciser) :</p>	
<p><b>6. Neurological - Neurologique</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) dizziness - étourdissement</p> <p><input type="checkbox"/> b) recurrent or severe headaches or migraines - maux de tête ou migraines récurrentes ou sévères</p> <p><input type="checkbox"/> c) loss of consciousness or near fainting - évanouissement ou quasi-évanouissement</p> <p><input type="checkbox"/> d) loss of coordination or paralysis - perte de coordination ou paralysie</p> <p><input type="checkbox"/> e) epilepsy, seizures or transient confusion - épilepsie, convulsions ou confusion transitoire</p> <p><input type="checkbox"/> f) numbness or tingling - engourdissements ou picotements</p> <p><input type="checkbox"/> g) other (specify) - autre (préciser) :</p>	



TO BE COMPLETED BY THE MEMBER AND  
REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER  
Protected B once completed

À ÊTRE REMPLI PAR LE MEMBRE ET  
VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

D REVIEW OF SYSTEMS (cont'd)	REVUE DES SYSTÈMES (suite)										
<p><b>7. Endocrine - Endocrinien</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) fever, chills or night sweats - fièvre, frissons ou sueurs nocturnes</p> <p><input type="checkbox"/> b) persistent swollen glands - gonflement ou enflure persistante des ganglions</p> <p><input type="checkbox"/> c) facial flushing, heat or cold intolerance - rougissement du visage, intolérance au froid ou à la chaleur</p> <p><input type="checkbox"/> d) excessive weakness or easily fatigued - faiblesse excessive ou facilement fatigué</p> <p><input type="checkbox"/> e) other (specify) - autre (préciser) :</p>	<p>Physician's Comments - Commentaires du médecin</p>										
<p><b>8. Skin - Peau</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) recurrent or persistent rash and/or skin lesions - éruptions ou lésions cutanées récurrentes ou persistantes</p> <p><input type="checkbox"/> b) new skin growths - apparition de nouvelles lésions cutanées</p> <p><input type="checkbox"/> c) change in colour or shape of moles or growths - changement de couleur ou de forme de grain de beauté ou de bosse</p> <p><input type="checkbox"/> d) tendency to bruise easily - tendance à se faire des bleus facilement</p> <p><input type="checkbox"/> e) other (specify) - autre (préciser) :</p>											
<p><b>9. Genitourinary - Génito-urinaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) blood in urine - sang dans l'urine</p> <p><input type="checkbox"/> b) frequent or painful urination - urines fréquentes ou douloureuses</p> <p><input type="checkbox"/> c) urinary incontinence - incontinence urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> d) excessive menstrual bleeding - saignement menstruel excessif</p> <p><input type="checkbox"/> e) swelling or lump of testicles or breasts - enflure ou bosse aux testicules ou aux seins</p> <p><input type="checkbox"/> f) presently pregnant - présentement enceinte</p> <p><input type="checkbox"/> g) other (specify) - autre (préciser) :</p>											
<p><b>10. Psychological - Psychologique</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) change in mood or difficulty sleeping - changement d'humeur ou difficulté à dormir</p> <p><input type="checkbox"/> b) feelings of helplessness, worthlessness or very depressed - sentiment d'être sans valeur, sans espoir ou très déprimé</p> <p><input type="checkbox"/> c) thoughts related to death or suicide - pensées reliées à la mort ou au suicide</p> <p><input type="checkbox"/> d) change in memory or concentration - changement de la mémoire ou de la concentration</p> <p><input type="checkbox"/> e) feelings of anger or rage - sentiment de colère ou de rage</p> <p><input type="checkbox"/> f) anxious mood or panic attack - humeur anxieuse ou crise de panique</p> <p><input type="checkbox"/> g) recurrent thoughts or dreams of a stressful event - pensées ou rêves récurrents d'un événement stressant</p> <p><input type="checkbox"/> h) other (specify) - autre (préciser) :</p>											
<p><b>11. Musculoskeletal - Musculosquelettique</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) muscle, bone, joint or soft tissue problems such as stiffness, limited range of motion, pain or swollen joints (check location and specify extent below)</p> <p>Difficultés au niveau des muscles, des os, des articulations ou des tissus mous tel que raideur, diminution de l'amplitude des mouvements, douleur ou enflure des articulations (cocher l'endroit et préciser l'importance ci-dessous)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1) shoulder - épaule</td> <td><input type="checkbox"/> 6) back - dos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2) elbow - coude</td> <td><input type="checkbox"/> 7) hip - hanche</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3) wrist - poignet</td> <td><input type="checkbox"/> 8) knee - genou</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4) hand/finger - main/doigt</td> <td><input type="checkbox"/> 9) ankle - cheville</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5) neck - cou</td> <td><input type="checkbox"/> 10) foot - pied</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> b) muscular cramps or pain - crampes musculaires ou douleurs</p> <p>Extent - Importance :</p>	<input type="checkbox"/> 1) shoulder - épaule	<input type="checkbox"/> 6) back - dos	<input type="checkbox"/> 2) elbow - coude	<input type="checkbox"/> 7) hip - hanche	<input type="checkbox"/> 3) wrist - poignet	<input type="checkbox"/> 8) knee - genou	<input type="checkbox"/> 4) hand/finger - main/doigt	<input type="checkbox"/> 9) ankle - cheville	<input type="checkbox"/> 5) neck - cou	<input type="checkbox"/> 10) foot - pied	
<input type="checkbox"/> 1) shoulder - épaule	<input type="checkbox"/> 6) back - dos										
<input type="checkbox"/> 2) elbow - coude	<input type="checkbox"/> 7) hip - hanche										
<input type="checkbox"/> 3) wrist - poignet	<input type="checkbox"/> 8) knee - genou										
<input type="checkbox"/> 4) hand/finger - main/doigt	<input type="checkbox"/> 9) ankle - cheville										
<input type="checkbox"/> 5) neck - cou	<input type="checkbox"/> 10) foot - pied										



TO BE COMPLETED BY THE MEMBER AND  
REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER  
Protected B once completed

À ÊTRE REMPLI PAR LE MEMBRE ET  
VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

E OCCUPATIONAL INJURIES AND ILLNESSES	ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES																		
Since your last RCMP periodic health assessment, have you: Depuis votre dernière évaluation périodique de santé à la GRC, avez-vous :	Physician's Comments - Commentaires du médecin																		
<input type="checkbox"/> a) had a work injury or illness? été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle? If yes, specify: - Si oui, préciser :																			
<input type="checkbox"/> b) been exposed to frequent or intermittent loud noises? été exposé à des bruits intenses fréquents ou intermittents? Type of protective hearing device used when exposed: Type d'appareil de protection de l'ouïe utilisé au moment de l'exposition :																			
<input type="checkbox"/> c) been exposed to chemicals, gases, fumes or body fluids? été exposé à des produits chimiques, des gaz, des vapeurs ou des liquides organiques? Type(s) of protective device(s) used when exposed: Type(s) de protection utilisé(s) au moment de l'exposition :																			
<input type="checkbox"/> d) been deployed on an International Peace Operations mission? été affecté à une mission de la paix internationale? If yes, specify: - Si oui, préciser :																			
<input type="checkbox"/> e) done frequent work related travel? voyagé fréquemment pour le travail ? If yes, specify: - Si oui, préciser :																			
<input type="checkbox"/> f) in the course of your duties, been exposed to traumatizing events such as: au cours de votre travail, été exposé à des <table border="1" data-bbox="722 1239 820 1627"> <thead> <tr> <th></th> <th>Yes Oui</th> <th>No Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1) shooting incidents fusillades</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2) violent incidents/accidents incidents/accidents violents</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3) discovery of dead bodies découverte de cadavres</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4) chemical/biological products (specify) produits chimiques/biologiques (préciser)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5) other (specify) - autre (préciser)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Yes Oui	No Non	<input type="checkbox"/> 1) shooting incidents fusillades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2) violent incidents/accidents incidents/accidents violents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3) discovery of dead bodies découverte de cadavres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4) chemical/biological products (specify) produits chimiques/biologiques (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5) other (specify) - autre (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Yes Oui	No Non																	
<input type="checkbox"/> 1) shooting incidents fusillades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> 2) violent incidents/accidents incidents/accidents violents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> 3) discovery of dead bodies découverte de cadavres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> 4) chemical/biological products (specify) produits chimiques/biologiques (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> 5) other (specify) - autre (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> g) Would you like to see a psychologist or counsellor regarding any of the above events? Aimeriez-vous consulter un psychologue ou un conseiller pour l'un ou l'autre des événements ci-dessus ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		



TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER Protected B once completed	À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR Protégé B une fois rempli	HRMIS No. - N° du SIGRH
<b>F MEDICAL EXAMINATION</b>		<b>EXAMEN MÉDICAL</b>

**Note to the Medical Examiner:**

**Note au médecin examinateur :**

Rectal examination (male/female) as well as breast and gynecological/Pap test examinations (female) are optional as part of this occupational health assessment. However, please consider the appropriateness of having these examinations performed by yourself or the member's attending physician.

L'examen rectal (de l'homme ou de la femme) ainsi que l'examen des seins et l'examen gynécologique ou le test de Pap (femme) sont facultatifs dans le cadre de cette évaluation de la santé au travail. Nous vous demandons toutefois de considérer la pertinence que ces examens soient effectués par vous-même ou par le médecin traitant du membre.

Blood Pressure Tension artérielle	Heart Rate Fréquence cardiaque	Height - Taille cm	Weight - Poids kg	Waist Circumference Circonférence de la taille cm
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------	---

General Appearance - Apparence générale

Identifying Marks/Scars/Tattoos  
Marques d'identification/Cicatrices/tatouages

<b>1. Vision</b>				<b>ABNORMALITY NOTED - ANOMALIE NOTÉE</b>	
Visual Acuity (uncorrected) Acuité visuelle (non corrigée)		Visual Acuity (corrected) Acuité visuelle (corrigée)			
OD	OS	OD	OS		
m	m	m	m		
Color vision					
Test used: <input type="checkbox"/> Ishihara → <input type="checkbox"/> Passed Réussi <input type="checkbox"/> Failed Échoué					
Normal					
		Yes Oui	No Non		
a) pupils - pupilles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) fundi - fonds de foieil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) visual fields to confrontation 150° champs visuels à confrontation de 150°		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>2. Head, Ears, Nose and Throat</b> <b>Tête, oreilles, nez et gorge</b>					
a) ears/tympanic membranes - oreilles/tympans		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) nose/sinuses - nez/sinus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) oropharynx/teeth/gums oropharynx/dents/ gencives		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) cervical nodes/thyroid ganglions cervicaux/thyroïde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) trachea - trachée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>3. Respiratory System</b> <b>Système respiratoire</b>					
a) chest shape - forme du thorax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) lung examination - examen des poumons		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>4. Cardiovascular System</b> <b>Appareil cardiovasculaire</b>					
a) heart sounds/auscultation bruits du coeur/auscultation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) apex location - repère apical		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) carotid examination - examen carotidien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) peripheral circulation circulation périphérique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>5. Gastrointestinal System</b> <b>Appareil gastro-intestinal</b>					
a) abdominal auscultation - auscultation abdominale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) tenderness on palpation - sensibilité à la palpation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) masses/organomegaly - masses/organomégalie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) hernia - hernie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER Protected B once completed		À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR Protégé B une fois rempli		HRMIS No. - N° du SIGRH
<b>F MEDICAL EXAMINATION (cont'd)</b>		<b>EXAMEN MÉDICAL (suite)</b>		
		Normal		ABNORMALITY NOTED - ANOMALIE NOTÉE
		Yes Oui	No Non	
<b>6. Central Nervous System</b> <b>Système nerveux central</b>				
a) balance - équilibre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) gait - démarche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) tremors - tremblements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) cranial nerves - nerfs crâniens		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) coordination		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) muscular tone/strength - tonus/force musculaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) peripheral sensation - sensation périphérique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) reflexes - réflexes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. Mental Health</b> <b>Santé mentale</b>				
During this examination, have you noted difficulties with: Au cours de cet examen, avez-vous remarqué des difficultés de :				
a) judgement - jugement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) concentration		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) memory - mémoire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) emotional status - état émotionnel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) stability/self-control - stabilité/maîtrise de soi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Skin and Lymphatic System</b> <b>Peau et système lymphatique</b>				
a) skin - peau		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) lymphatic system - système lymphatique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9. Musculoskeletal System</b> <b>Système musculosquelettique</b>				
a) shoulder - épaule		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) elbow - coude		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) wrist - poignet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) hand - main		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) cervical spine - colonne cervicale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) thoracic spine - colonne thoracique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) lumbar spine - colonne lombaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) hip - hanche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) knee - genou		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) ankle - cheville		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) foot - pied		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. Genitourinary System (optional)</b> <b>Système génito-urinaire (facultatif)</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>G IMMUNIZATIONS</b>		<b>IMMUNISATIONS</b>		
<b>Note to the Medical Examiner:</b>		<b>Note au médecin</b>		
Please update the immunizations needed as indicated on the Immunization Record (form 3866). Return this form along with the completed assessment form to the occupational health nurse of the division.		Veuillez mettre à jour les immunisations nécessaires indiquées sur le formulaire Registre d'immunisation de la GRC (formulaire 3866). Retournez-le avec cette évaluation à l'infirmier(ère) en santé au travail de la division.		



TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER / À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protected B once completed / Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

**H TEST RESULTS / RÉSULTATS DES EXAMENS**

**Note to the Medical Examiner:**  
The following tests are requested by the RCMP, strictly for Regular Members' occupational health assessment. However, please advise the member if additional testing is medically indicated based on their age, history, symptoms, or physical examination results. For Civilian Members, only duty specific tests requested by the RCMP's Occupational Health and Safety Office are to be completed.

**Note au médecin examinateur**  
Les examens suivants sont demandés par la GRC, strictement pour l'évaluation de la santé au travail des membres réguliers. Veuillez toutefois informer le membre si des examens supplémentaires sont médicalement indiqués en raison de son âge, de ses antécédents, de ses symptômes ou des résultats de son examen physique. Dans le cas des membres civils, seuls les examens liés à des fonctions particulières qui sont demandés par le Bureau de la santé et de la sécurité au travail de la GRC doivent être effectués.

DATE TEST RECEIVED / RÉSULTATS REÇUS LE	ABNORMALITY NOTED/ACTION TAKEN / ANOMALIE NOTÉE/MESURES PRISES	DATE
Audiogram ASA II Standard Approved / Audiogramme approuvé au niveau de ASA II		
Urinalysis (routine) / Analyse d'urine (routine)		
Complete blood count / Formule sanguine		
Lipids - Lipides (Trig., T.Chol., HDL, LDL)		
Fasting Blood glucose / Glycémie à jeun		
Gamma Glutamyl Transferase (GGT), Alanine Aminotransferase (ALT), Aspartate aminotransferase (AST) / Gamma-glutamyl transpeptidase (GGT), alanine aminotransférase (ALT), aspartate aminotransférase (AST)		
Other: / Autre :		

**I PHYSICAL ABILITY REQUIREMENT EVALUATION (PARE) / Health Status Screening - Regular Members Only**  
**TEST D'APTITUDES PHYSIQUES ESSENTIELLES (TAPE) / Dépistage de l'état de santé - membres réguliers seulement**

**Note to the Medical Examiner:**  
Police Officers are expected to be sufficiently fit to carry out duties including the pursuit and arrest of uncooperative/violent suspects. Police work and Police training are physically demanding and may elicit **maximal (or near maximal) heart rate** and an exertion effort equivalent (or exceeding) to an Exercise Stress at the **12 MET** level.

It is important to assess the cardiovascular health as well as the risk factors and symptoms for pulmonary, metabolic and musculoskeletal diseases or injuries in order to optimize the candidate's safety during police work and police training.

**Note au médecin examinateur :**  
On s'attend des agents de police qu'ils soient suffisamment en forme pour assumer leurs fonctions, y compris la poursuite et l'arrestation de suspects violents et récalcitrants. Le travail de police et la formation policière sont exigeants sur le plan physique et peuvent porter le **rythme cardiaque au niveau maximal (ou quasi-maximal)** et susciter un effort équivalent (ou supérieur) au stress d'exercice équivalent à **12 MET**.

Il est important de bien évaluer la santé cardiovasculaire ainsi que les facteurs de risque et les symptômes reliés aux affections ou lésions pulmonaires, métaboliques ou musculosquelettiques afin d'optimiser la sécurité du membre dans l'exécution du travail policier et la formation policière.

	Yes / Oui	No / Non	Physician's Comments - Commentaires du médecin
<b>1. Pulmonary Obstruction/Restriction / Obstruction/restriction pulmonaire</b> Does this member need to use a short acting inhaler immediately prior to participate in police maximal testing? Le membre a-t-il besoin d'utiliser un inhalateur à action rapide immédiatement avant de participer au test maximal du policier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. Musculoskeletal Restrictions / Restrictions musculosquelettiques</b> Does this member have musculoskeletal problems which could interfere with strenuous exertion or activities such as running, wrestling, heavy lifting or physical training? Le membre a-t-il des problèmes musculosquelettiques qui pourraient l'empêcher de fournir des efforts importants tels que courir, lutter contre un adversaire, soulever des objets lourds ou s'entraîner physiquement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. Cardiovascular Restrictions / Restrictions cardiovasculaires</b> Has the member been treated for cardiovascular disease or does the member have high or very high cardiovascular risks? If yes, please list these risks. Le membre a-t-il déjà été traité pour une maladie cardiovasculaire ou présente-t-il des risques cardiovasculaires élevés ou très élevés? Si oui, veuillez indiquer ces risques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**Royal Canadian Mounted Police**  
**Gendarmerie Royale du Canada**

Government  
of Canada

Gouvernement  
du Canada

**Solicitation No./ No de l'invitation: 201304630A**

TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protected B once completed Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

**J ADDITIONAL MEDICAL INVESTIGATIONS, WITH RESULTS ARRANGED BY MEDICAL EXAMINER INVESTIGATIONS MÉDICALES SUPPLÉMENTAIRES, AVEC RÉSULTATS DEMANDÉS PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**K DIAGNOSIS DIAGNOSTICS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**L RECOMMENDATIONS FROM MEDICAL EXAMINER RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN EXAMINATEUR**

In your opinion, are there any functional limitations? À votre avis, y a-t-il des restrictions fonctionnelles ?

- Yes (if yes, specify) Oui (si oui, préciser)  No Non  Temporary (specify below) Temporaires (préciser ci-dessous) and/or et/ou  Permanent (specify below) Permanentes (préciser ci-dessous)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In my opinion, this member would benefit from the following referrals: À mon avis, le membre bénéficierait des consultations suivantes :

- Dietary Counselling (specify below) Counseling diététique (préciser ci-dessous)  Alcohol and/or Drug abuse assessment/counselling (specify below) Évaluation de l'abus d'alcool ou de drogues/counselling (préciser ci-dessous)  
 Smoking Cessation Counselling (specify below) Counseling pour cesser de fumer (préciser ci-dessous)  Exercise Counselling (specify below) Counseling sur l'exercice (préciser ci-dessous)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Member advised? Membre informé?  Yes Oui  No Non If no, specify reason Si non, précisez la raison \_\_\_\_\_

Name and Address of MEDICAL EXAMINER Nom et adresse du MÉDECIN EXAMINATEUR	Signature of MEDICAL EXAMINER Signature du MÉDECIN EXAMINATEUR	Date yyyy-mm-dd/aaaa-mm-jj

**M VALIDATION OF MEDICAL INFORMATION VALIDATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

I have reviewed this document and form 2158, Medical Profile was updated accordingly. J'ai examiné le présent document et le formulaire 2158, Profil médical, a été mis à jour en conséquence.

Name and Address of HEALTH SERVICES OFFICER (HSO)/delegate Nom et adresse du MÉDECIN-CHEF (MC) ou de son représentant	Signature of HSO/Delegate Signature du MC ou de son représentant	Date yyyy-mm-dd/aaaa-mm-jj



APPENDICE 3 DE L'ANNEXE A

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ – POSTULANT (RCMP GRC 3380)



Royal Canadian Mounted Police / Gendarmerie royale du Canada

HEALTH ASSESSMENT / ÉVALUATION DE SANTÉ

Protected B once completed / Protégé B une fois rempli  
Applicant No. - N° du postulant  
PIB RCMP - P - PE - 802  
FRP GRC - P - PE - 808

APPLICANT:

POSTULANT :

Please complete pages 1 to 4, sign the Statement on page 1 and put your initials at the bottom of pages 1 to 4.

Veillez remplir les pages 1 à 4, signer l'Énoncé de consentement à la page 1 et apposer vos initiales au bas des pages 1 à 4.

A IDENTIFICATION

Surname - Nom de famille		Given Name(s) - Prénom(s)	
DOB (y-m-d) - DDN (a-m-j)	Work Email Address - Adresse de courriel au travail		
Province of Work - Province de travail	Current Occupation - Poste actuel		
Home Tel. No. - N° de tél. à la maison	Cell. No. - N° de cell.	Work Tel. No. - N° de tél. au travail	

B STATEMENT OF CONSENT

ÉNONCÉ DE CONSENTEMENT

I declare that the information contained in this Health Assessment is true and correct to the best of my knowledge.  
As an applicant, I understand that the purpose of this assessment is to gather information in order to assess my fitness to perform police duties.  
I understand that the information gathered during this assessment will be used in accordance with the Occupational Health Policy of the RCMP Administration Manual II.19.  
I understand that the gathered information will only be disclosed to RCMP Occupational Health Services personnel and/or RCMP approved agents on a need-to-know basis in accordance with the Access to Information Act and the Privacy Act.  
This Statement of Consent shall remain valid until the fitness for duty determination is completed.

Je déclare que l'information contenue dans cette évaluation de santé est, à ma connaissance, exacte.  
En tant que postulant, je comprends que l'objectif de cette évaluation est de recueillir de l'information pour déterminer si je suis en forme pour accomplir les tâches du travail policier.  
Je comprends que l'information recueillie au cours de cette évaluation sera utilisée selon la politique de santé au travail du chapitre II.19 du Manuel d'administration de la GRC.  
Je comprends que l'information recueillie ne sera communiquée qu'au personnel des Services de santé au travail de la GRC ou à ses représentants autorisés selon le principe du besoin de savoir conformément à la Loi sur l'accès à l'information et à la Loi sur la protection des renseignements personnels.  
Cet énoncé de consentement demeurera valide jusqu'à ce qu'on ait déterminé si je suis en forme pour le travail.

Signature of Applicant - Signature du postulant

Date

C MEDICAL HISTORY UPDATE

MISE À JOUR DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Your past and current health status is important to assess your fitness to perform your duties.		Vos états de santé antérieur et actuel sont importants pour déterminer votre aptitude à remplir vos fonctions.	
Name of family physician - Nom de votre médecin de famille		Address of family physician - Adresse de votre médecin de famille	
How long has this person been your family physician? Depuis quand cette personne est-elle votre médecin de famille?	Date of last visit to your physician Date de votre dernière visite chez le médecin	Tel. No. of physician N° de tél. du médecin	
Have you ever been granted or do you presently receive any long term disability benefits? Avez-vous déjà reçu ou recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité de longue durée?		<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> Oui	
If yes, for which medical condition(s)? - Si oui, pour quelle(s) condition(s) médicale(s)?			

Current Medical Problems

Problèmes médicaux actuels

Applicant's initials - initiales du postulant :



TO BE COMPLETED BY THE MEMBER AND  
REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER  
Protected B once completed

À ÊTRE REMPLI PAR LE MEMBRE ET  
VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

**C** MEDICAL HISTORY UPDATE (cont'd)  
Current Medical Problems

MISE À JOUR DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)  
Problèmes médicaux actuels

**Medications**

Please list all medications you are taking regularly, including vitamins, herbal remedies and any over the counter medications.

**Médicaments**

Veillez indiquer tous les médicaments que vous prenez régulièrement, y compris les vitamines, remèdes à base de plantes médicinales et tout médicament en vente libre.

**Allergies**

Please list any allergies to medication, insect bites, environmental exposure, food, etc., and describe your reaction(s).

**Allergies**

Veillez indiquer toute(s) allergie(s) à des médicaments, à des piqûres d'insectes, à l'environnement, à des aliments, etc., et décrivez votre réaction.

**Past Medical History**

Please list any illnesses, serious injuries and operations.

**Antécédents médicaux**

Veillez indiquer toutes maladies, blessures graves et interventions chirurgicales.

**Past Psychological History**

Please list any history of cognitive, emotional, interpersonal, or behavioural problems; history of persistent patterns of inattention and/or hyperactivity.

**Antécédents psychologiques**

Veillez indiquer les antécédents en matière de problèmes cognitifs, affectifs, interpersonnels ou de comportement ainsi que les antécédents ou les comportements persistants d'inattention ou d'hyperactivité.

**Cardiovascular Family History**

Is there a history of cardiac problems in members of your family while under the age of 55?

No  
 Non

If yes, specify: - Si oui, préciser

**Antécédents cardiovasculaires familiaux**

Des membres de votre famille ont-ils eu des problèmes cardiaques alors qu'ils étaient âgés de moins de 55 ans?

Yes  
 Oui

**Physical Activities**

In the past 6 months, have you participated in moderate or vigorous physical activity for a minimum of 20 minutes or more 3 to 4 times a week?

No  
 Non

**Activités physiques**

Au cours des six derniers mois, avez-vous participé à des activités physiques modérées ou vigoureuses, pour un minimum de 20 minutes ou plus 3 à 4 fois par semaine ?

Yes  
 Oui

**Smoking**

Have you smoked tobacco during the last 6 months?

No  
 Non

**Tabagisme**

Avez-vous fumé du tabac au cours des six derniers mois ?

Yes  
 Oui

**Alcohol Use**

Do you drink alcohol? If yes, provide average number of drinks per week.  
Prenez-vous de l'alcool? Si oui, indiquer le nombre moyen de consommations par semaine :

No  
 Oui >>>

\_\_\_\_\_ bottles of beer  
bouteilles de bière

\_\_\_\_\_ Spirits (1oz)  
Spiritueux (1oz)

\_\_\_\_\_ Glass of wine (4oz)  
Verre de vin (4oz)

During the past 12 months : - Au cours des 12 derniers mois :

Have you felt the need to cut down on your drinking?  
Vous est-il arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?  
Have people annoyed you by criticizing your drinking?  
Avez-vous été contrarié par les critiques sur votre consommation d'alcool ?  
Have you ever felt guilty about your drinking?  
Avez-vous des sentiments de culpabilité vis-à-vis de l'alcool ?  
Have you ever taken a morning "eye opener"?  
Vous est-il arrivé de boire un verre d'alcool en vous levant le matin, pour vous calmer les nerfs ou surmonter une "gueule de bois"?  
None of the above  
Aucun des choix ci-dessus

No	Yes
Non	Oui
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT AND  
 REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER  
 Protected B once completed

À ÊTRE REMPLI PAR LE POSTULANT ET  
 VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
 Protégé B une fois rempli

Applicant No. - N° du postulant

**D REVIEW OF SYSTEMS** **REVUE DES SYSTÈMES**

The following is a list of body systems. If applicable, please check and provide comments on any symptoms including date of onset and duration.

Ce qui suit est une liste de systèmes et appareils de l'organisme. Le cas échéant, veuillez cocher et fournir des commentaires sur tout symptôme, y compris la date d'apparition et la durée.

	Physician's Comments - Commentaires du médecin
<b>1. Vision</b> <input type="checkbox"/> a) change in vision - changement de la vision <input type="checkbox"/> b) transient blurring, blindness or pain - vision embrouillée passagère, perte de la vision ou douleur <input type="checkbox"/> c) other (specify) - autre (préciser) :	
<b>2. Hearing - Audition</b> <input type="checkbox"/> a) change in hearing - changement de l'audition <input type="checkbox"/> b) ringing in the ears - bourdonnement d'oreille <input type="checkbox"/> c) other (specify) - autre (préciser) :	
<b>3. Cardiovascular - Cardiovasculaire</b> <input type="checkbox"/> a) shortness of breath - essoufflement <input type="checkbox"/> b) chest pain/pressure - douleur ou pression à la poitrine <input type="checkbox"/> c) rapid or irregular heart rate - rythme cardiaque rapide ou irrégulier <input type="checkbox"/> d) ankle swelling - enflure des chevilles <input type="checkbox"/> e) other (specify) - autre (préciser) :	
<b>4. Respiratory - Respiratoire</b> <input type="checkbox"/> a) asthma/wheezing - asthme/respiration sifflante <input type="checkbox"/> b) persistent sore throat - mal de gorge persistant <input type="checkbox"/> c) coughing blood or sputum - crachement de sang ou expectoration <input type="checkbox"/> d) persistent or recurrent cough - toux persistante ou récurrente <input type="checkbox"/> e) change and/or hoarseness of voice - changement et/ou enrouement de la voix <input type="checkbox"/> f) other (specify) - autre (préciser) :	
<b>5. Gastrointestinal - Gastro-intestinal</b> <input type="checkbox"/> a) change in appetite/thirst - changement d'appétit ou soif <input type="checkbox"/> b) digestive problems/heartburn/nausea - problèmes digestifs/ brûlures d'estomac ou nausée <input type="checkbox"/> c) difficulty or pain on swallowing - difficulté ou douleur en avalant <input type="checkbox"/> d) recurrent abdominal pain - douleur abdominale récurrente <input type="checkbox"/> e) recurrent diarrhea or constipation - diarrhée ou constipation récurrente <input type="checkbox"/> f) unexplained weight loss or weight gain - perte ou gain de poids non expliqué <input type="checkbox"/> g) rectal bleeding - saignement rectal <input type="checkbox"/> h) change in stool habits or appearance - changement de la fréquence ou de l'apparence des selles <input type="checkbox"/> i) swelling of the groin - enflure de l'aîne <input type="checkbox"/> j) other (specify) - autre (préciser) :	
<b>6. Neurological - Neurologique</b> <input type="checkbox"/> a) dizziness - étourdissement <input type="checkbox"/> b) recurrent or severe headaches or migraines - maux de tête ou migraines récurrentes ou sévères <input type="checkbox"/> c) loss of consciousness or near fainting - évanouissement ou quasi-évanouissement <input type="checkbox"/> d) loss of coordination or paralysis - perte de coordination ou paralysie <input type="checkbox"/> e) epilepsy, seizures or transient confusion - épilepsie, convulsions ou confusion transitoire <input type="checkbox"/> f) numbness or tingling - engourdissements ou picotements <input type="checkbox"/> g) other (specify) - autre (préciser) :	



TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT AND  
REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER  
Protected B once completed

À ÊTRE REMPLI PAR LE POSTULANT ET  
VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protégé B une fois rempli

Applicant No. - N° du postulant

D REVIEW OF SYSTEMS (cont'd)	REVUE DES SYSTÈMES (suite)										
<p><b>7. Endocrine - Endocrinien</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) fever, chills or night sweats - fièvre, frissons ou sueurs nocturnes</p> <p><input type="checkbox"/> b) persistent swollen glands - gonflement ou enflure persistante des ganglions</p> <p><input type="checkbox"/> c) facial flushing, heat or cold intolerance - rougissement du visage, intolérance au froid ou à la chaleur</p> <p><input type="checkbox"/> d) excessive weakness or easily fatigued - faiblesse excessive ou facilement fatigué</p> <p><input type="checkbox"/> e) other (specify) - autre (préciser) :</p>	<p>Physician's Comments - Commentaires du médecin</p>										
<p><b>8. Skin - Peau</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) recurrent or persistent rash and/or skin lesions - éruptions ou lésions cutanées récurrentes ou persistantes</p> <p><input type="checkbox"/> b) new skin growths - apparition de nouvelles lésions cutanées</p> <p><input type="checkbox"/> c) change in colour or shape of moles or growths - changement de couleur ou de forme de grain de beauté ou de bosse</p> <p><input type="checkbox"/> d) tendency to bruise easily - tendance à se faire des bleus facilement</p> <p><input type="checkbox"/> e) other (specify) - autre (préciser) :</p>											
<p><b>9. Genitourinary - Génito-urinaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) blood in urine - sang dans l'urine</p> <p><input type="checkbox"/> b) frequent or painful urination - urines fréquentes ou douloureuses</p> <p><input type="checkbox"/> c) urinary incontinence - incontinence urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> d) excessive menstrual bleeding - saignement menstruel excessif</p> <p><input type="checkbox"/> e) swelling or lump of testicles or breasts - enflure ou bosse aux testicules ou aux seins</p> <p><input type="checkbox"/> f) presently pregnant - présentement enceinte</p> <p><input type="checkbox"/> g) other (specify) - autre (préciser) :</p>											
<p><b>10. Psychological - Psychologique</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) change in mood or difficulty sleeping - changement d'humeur ou difficulté à dormir</p> <p><input type="checkbox"/> b) feelings of helplessness, worthlessness or very depressed - sentiment d'être sans valeur, sans espoir ou très déprimé</p> <p><input type="checkbox"/> c) thoughts related to death or suicide - pensées reliées à la mort ou au suicide</p> <p><input type="checkbox"/> d) change in memory or concentration - changement de la mémoire ou de la concentration</p> <p><input type="checkbox"/> e) feelings of anger or rage - sentiment de colère ou de rage</p> <p><input type="checkbox"/> f) anxious mood or panic attack - humeur anxieuse ou crise de panique</p> <p><input type="checkbox"/> g) recurrent thoughts or dreams of a stressful event - pensées ou rêves récurrents d'un événement stressant</p> <p><input type="checkbox"/> h) other (specify) - autre (préciser) :</p>											
<p><b>11. Musculoskeletal - Musculosquelettique</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) muscle, bone, joint or soft tissue problems such as stiffness, limited range of motion, pain or swollen joints (check location and specify extent below)</p> <p>Difficultés au niveau des muscles, des os, des articulations ou des tissus mous tel que raideur, diminution de l'amplitude des mouvements, douleur ou enflure des articulations (cocher l'endroit et préciser l'importance ci-dessous)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1) shoulder - épaule</td> <td><input type="checkbox"/> 6) back - dos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2) elbow - coude</td> <td><input type="checkbox"/> 7) hip - hanche</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3) wrist - poignet</td> <td><input type="checkbox"/> 8) knee - genou</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4) hand/finger - main/doigt</td> <td><input type="checkbox"/> 9) ankle - cheville</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5) neck - cou</td> <td><input type="checkbox"/> 10) foot - pied</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> b) muscular cramps or pain - crampes musculaires ou douleurs</p> <p>Extent - Importance :</p>	<input type="checkbox"/> 1) shoulder - épaule	<input type="checkbox"/> 6) back - dos	<input type="checkbox"/> 2) elbow - coude	<input type="checkbox"/> 7) hip - hanche	<input type="checkbox"/> 3) wrist - poignet	<input type="checkbox"/> 8) knee - genou	<input type="checkbox"/> 4) hand/finger - main/doigt	<input type="checkbox"/> 9) ankle - cheville	<input type="checkbox"/> 5) neck - cou	<input type="checkbox"/> 10) foot - pied	
<input type="checkbox"/> 1) shoulder - épaule	<input type="checkbox"/> 6) back - dos										
<input type="checkbox"/> 2) elbow - coude	<input type="checkbox"/> 7) hip - hanche										
<input type="checkbox"/> 3) wrist - poignet	<input type="checkbox"/> 8) knee - genou										
<input type="checkbox"/> 4) hand/finger - main/doigt	<input type="checkbox"/> 9) ankle - cheville										
<input type="checkbox"/> 5) neck - cou	<input type="checkbox"/> 10) foot - pied										



TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER / À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protected B once completed / Protégé B une fois rempli

Applicant No. - N° du postulant

**E MEDICAL EXAMINATION / EXAMEN MÉDICAL**

Note to the Medical Examiner:

Note au médecin examinateur :

Rectal examination (male/female) as well as breast and gynecological/Pap test examinations (female) are not to be performed.

L'examen rectal (de l'homme ou de la femme) ainsi que l'examen des seins et l'examen gynécologique ou le test de Pap (femme) ne doivent pas être effectués.

Blood Pressure Tension artérielle	Heart Rate Fréquence cardiaque	Height - Taille cm	Weight - Poids kg	Waist Circumference Circonférence de la taille cm
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------	---

General Appearance - Apparence générale / Identifying Marks/Scars/Tattoos / Marques d'identification/cicatrices/tatouages

**1. Vision**

Visual Acuity (uncorrected) / Acuité visuelle (non corrigée)

OD	OS	OD	OS
m	m	m	m

Visual Acuity (corrected) / Acuité visuelle (corrigée)

Color vision

Test used:  Ishihara →  Passed / Réussi  Failed / Échoué

Normal

	Yes / Oui	No / Non
a) pupils - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) fundi - fonds de l'œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) visual fields to confrontation 150° / champs visuels à confrontation de 150°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Head, Ears, Nose and Throat / Tête, oreilles, nez et gorge**

a) ears/tympnic membranes - oreilles/tympans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) nose/sinuses - nez/sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) oropharynx/teeth/gums / oropharynx/dents/gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) cervical nodes/thyroid / ganglions cervicaux/thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) trachea - trachée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Respiratory System / Système respiratoire**

a) chest shape - forme du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) lung examination - examen des poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Cardiovascular System / Appareil cardiovasculaire**

a) heart sounds/auscultation / bruits du coeur/auscultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) apex location - repère apical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) carotid examination - examen carotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) peripheral circulation / circulation périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Gastrointestinal System / Appareil gastro-intestinal**

a) abdominal auscultation - auscultation abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) tenderness on palpation - sensibilité à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) masses/organomegaly - masses/organomégalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) hernia - hernie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Central Nervous System / Système nerveux central**

	Yes / Oui	No / Non
a) balance - équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) gait - démarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) tremors - tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) cranial nerves - nerfs crâniens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) coordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) muscular tone/strength - tonus/force musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) peripheral sensation - sensation périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) reflexes - réflexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ABNORMALITY NOTED - ANOMALIE NOTÉE



TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER / À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
 Protected B once completed / Protégé B une fois rempli

Applicant No. - N° du postulant

E MEDICAL EXAMINATION (cont'd)		EXAMEN MÉDICAL (suite)	
		Normal	ABNORMALITY NOTED - ANOMALIE NOTÉE
<b>7. Mental Health / Santé mentale</b>			
During this examination, have you noted difficulties with: Au cours de cet examen, avez-vous remarqué des difficultés de :			
a) judgement - jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) memory - mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) emotional status - état émotionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) stability/self-control - stabilité/maîtrise de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Skin and Lymphatic System / Peau et système lymphatique</b>			
a) skin - peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) lymphatic system - système lymphatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9. Musculoskeletal System / Système musculosquelettique</b>			
a) shoulder - épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) elbow - coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) wrist - poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) hand - main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) cervical spine - colonne cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) thoracic spine - colonne thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) lumbar spine - colonne lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) hip - hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) knee - genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) ankle - cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) foot - pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. Genitourinary System (optional) / Système génito-urinaire (facultatif)</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**F TEST RESULTS / RÉSULTATS DES EXAMENS**

**Note to the Medical Examiner:** The following tests are required for all applicants.  
**Note au médecin examinateur:** Tous les postulants doivent subir les examens suivants.

	DATE TEST RECEIVED / RÉSULTATS REÇUS LE	ABNORMALITY NOTED/ACTION TAKEN / ANOMALIE NOTÉE/MESURES PRISES	DATE
Audiogram ASA II Standard Approved / Audiogramme approuvé au niveau de ASA II			
Cholesterol / Cholestérol			
HDL			
LDL			
Triglycerides / Triglycérides			
Gamma GT / No alcohol 48 hrs. prior / Pas d'alcool 48 h avant			
Creatinine / Créatinine			
Glucose - AC			
Hepatitis B - Immune Status / Hépatite B - État immunitaire			
Urine - R+M			
WBC, Diff. / Analyse des globules blancs			
Platelets / Plaquettes			
ECG			
Chest X-ray / Radiographie pulmonaire			





TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER / À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
 Protected B once completed / Protégé B une fois rempli

Applicant No. - N° du postulant

**J RECOMMENDATIONS FROM MEDICAL EXAMINER / RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN EXAMINATEUR**

In your opinion, are there any functional limitations? / À votre avis, y a-t-il des restrictions fonctionnelles ?

- Yes (if yes, specify) / Oui (si oui, préciser)    
  No / Non    
  Temporary (specify below) / Temporaires (préciser ci-dessous)    
 and/or et/ou    
 Permanent (specify below) / Permanentes (préciser ci-dessous)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name and Address of MEDICAL EXAMINER Nom et adresse du MÉDECIN EXAMINATEUR	Signature of MEDICAL EXAMINER Signature du MÉDECIN EXAMINATEUR	Date yyyy-mm-dd/aaaa-mm-jj

**K VALIDATION OF MEDICAL INFORMATION / VALIDATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

I have reviewed this document and form 2158, Medical Profile was updated accordingly. / J'ai examiné le présent document et le formulaire 2158, Profil médical, a été mis à jour en conséquence.

Name and Address of HEALTH SERVICES OFFICER (HSO)/delegate Nom et adresse du MÉDECIN-CHEF (MC) ou de son représentant	Signature of HSO/delegate Signature du MC ou de son représentant	Date yyyy-mm-dd/aaaa-mm-jj



APPENDICE 4 DE L'ANNEXE A

SANTÉ AU TRAVAIL – RECOMMANDATION DE TRAITEMENT ET APPROBATION  
(RCMP GRC 6039)



Royal Canadian Mounted Police  
Gendarmerie royale du Canada

OCCUPATIONAL HEALTH  
RECOMMENDATION FOR  
TREATMENT AND APPROVAL

SANTÉ AU TRAVAIL -  
RECOMMANDATION DE  
TRAITEMENT ET APPROBATION

Protected B once completed  
Protégé B une fois rempli

File No. - N° de dossier :

**Member Information - Renseignements sur le membre**

<p>Current posting - Affectation actuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Isolated Poste isolé    <input type="checkbox"/> Non - Isolated Poste non isolé</p>	<p>Full duties of current position Fonctions normales du poste actuel</p> <p><input type="checkbox"/> Yes Oui    <input type="checkbox"/> No Non</p> <p>Since Depuis _____</p>	<p>Fully operationally deployable Parfaitement apte aux tâches opérationnelles ou au déploiement</p> <p><input type="checkbox"/> Yes Oui    <input type="checkbox"/> No Non</p>
<p>Full time admin - Admin. à plein temps</p> <p><input type="checkbox"/> Yes Oui    <input type="checkbox"/> No Non</p>	<p>Off duty sick - En congé de maladie</p> <p><input type="checkbox"/> Yes Oui    <input type="checkbox"/> No Non</p> <p>Since Depuis _____</p>	<p>Graduated return to work - Retour progressif au travail</p> <p><input type="checkbox"/> Yes Oui    <input type="checkbox"/> No Non</p> <p>Since Depuis _____</p>

**Health Services Officer (HSO) Recommendation of Treatment - Recommandation de traitement du médecin-chef**

Treatment plan on file consistent with medical best practices and reasonable in light of diagnosis :  Yes Oui     No Non  
Le plan de traitement versé au dossier est conforme aux meilleures pratiques médicales et est raisonnable compte tenu du diagnostic :

Treatment cost : \_\_\_\_\_    Approx. cost difference public vs private : \_\_\_\_\_  
Coût du traitement : \_\_\_\_\_    Coût global approx. ou différence de coût entre le public et le privé : \_\_\_\_\_

Approximate duration of treatment : \_\_\_\_\_  
Durée approximative du traitement : \_\_\_\_\_

Public health system wait time : \_\_\_\_\_    Travel required :  Yes Oui     No Non    Distance : \_\_\_\_\_ KM  
Temps d'attente du système de santé public : \_\_\_\_\_    Déplacement nécessaire : \_\_\_\_\_

Private health care facility wait time : \_\_\_\_\_    Travel required :  Yes Oui     No Non    Distance : \_\_\_\_\_ KM  
Temps d'attente d'une installation médicale privée : \_\_\_\_\_    Déplacement nécessaire : \_\_\_\_\_

Describe recommended treatment and anticipated benefit - Décrire le traitement recommandé et les bienfaits prévus :

Is psychological recommendation on file?  Yes Oui     No Non     N/A S.O.  
La recommandation psychologique a-t-elle été versée au dossier?

Does Divisional/Regional psychologist support recommendations?  Yes Oui     No Non     N/A S.O.  
Le psychologue divisionnaire ou régional appuie-t-il les recommandations?

Does HSO/ delegate support psychologist's recommendation?  Yes Oui     No Non     N/A S.O.  
Le médecin-chef ou son représentant appuie-t-il la recommandation du psychologue?



**OCCUPATIONAL HEALTH  
RECOMMENDATION FOR  
TREATMENT AND APPROVAL**

**SANTÉ AU TRAVAIL -  
RECOMMANDATION DE  
TRAITEMENT ET APPROBATION**

Protected B once completed  
Protégé B une fois rempli

File No. - N° de dossier :

**Health Services Officer (HSO) Recommendation of Treatment (Con't) - Recommandation de traitement du médecin-chef (suite)**

Comments (if necessary) - Commentaires (au besoin)

Support treatment  
Appuie le traitement

Do not support treatment  
N'appuie pas le traitement

Rationale for non-support - Justification du non-appui

Name - Nom

Signature

Date

**Regional OIC responsible for Occupational Health Services (OHS) - Off. resp. régional des Services de santé au travail (SST)**

Approved recommendation  
Recommandation approuvée

Recommendation denied  
Recommandation rejetée

Advised HSO / delegate of decision on this request :

A communiqué au médecin-chef ou à son représentant la décision concernant cette demande le : Date \_\_\_\_\_

Name and signature - Nom et signature

Title - Titre

Date

**This Section To Be Completed By The Health Services Office Before Placing On File  
Cette section doit être remplie par le Bureau des services de santé avant que la formule ne soit versée au dossier**

Authorization no. :  
N° d'autorisation : \_\_\_\_\_

HSO / delegate advised member of decision on this request :

Le médecin-chef ou son représentant a communiqué au membre la décision concernant cette demande le : Date \_\_\_\_\_

Advised member's unit commander of travel requirement(s) :

A informé le chef de service du membre des déplacements requis le : Date \_\_\_\_\_

Date placed on RCMP member's medical record :

Versé au dossier médical du membre de la GRC le : Date \_\_\_\_\_

Name - Nom

Signature

Date



**ANNEXE «B»**

**SOUSSION FINANCIÈRE (BASE DE PAIEMENT)**

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

La proposition financière doit être un taux horaire tout compris ferme, la TPS / TVH en sus:

<b>Période du contrat</b>	<b>Proposé Taux horaire ferme tout compris (CAD\$) du soumissionnaire</b>	<b>Niveau estimatif d'effort (en heures)</b>	<b>Coût total</b>
<b>Période initiale du contrat</b>	\$	<b>1040</b>	\$
<b>Période d'option 1</b>	\$	<b>1040</b>	\$
<b>Période d'option 2</b>	\$	<b>1040</b>	\$
<b>Période d'option 3</b>	\$	<b>1040</b>	\$
<b>Prix total proposé</b>			\$

Nota : Le niveau estimatif d'effort tel qu'il figure à l'Annexe B « Proposition financière » sert exclusivement à l'évaluation des prix proposés. Il n'engage aucunement le Canada à refaire affaire avec l'entrepreneur plus tard.



La journée de travail comprend 7,5 heures, à l'exception des pauses-repas. On paiera les jours de travail réels, sans provision pour les vacances annuelles, les jours fériés ni les congés de maladie. Si la période de travail est plus ou moins longue qu'une journée, le taux journalier sera ajusté proportionnellement au nombre réel d'heures.

Heures travaillées X taux journalier ferme  
7,5 heures

#### **Débours et temps de déplacement**

Les tarifs fermes tout compris indiqués englobent les frais généraux (soutien administratif, télécopies, messagerie, photocopies, courrier, traitement de texte), les autres frais de fonctionnement ainsi que le temps de déplacement. Par conséquent, la facturation distincte de tout élément lié aux frais d'exploitation courants ou au temps consacré aux déplacements ne sera permise en vertu d'aucun contrat subséquent.

#### **TPS/TVH :**

1. Tous les prix et toutes les sommes d'argent indiqués dans le contrat excluent la taxe sur les produits et services (TPS) ou la taxe de vente harmonisée (TVH), selon le cas, à moins d'une indication contraire. La TPS ou la TVH, là où elle s'applique, s'ajoute aux prix indiqués dans les présentes et sera payée par le Canada.
2. Le montant estimatif de la TPS ou de la TVH de « à indiquer à l'attribution du contrat » \$CAN est inclus dans le coût estimatif total. La TPS ou la TVH, dans la mesure du possible, sera intégrée à toutes les factures et demandes de paiement périodiques et indiquée de façon distincte sur ces factures et demandes de paiement périodiques. Tous les articles exempts de taxe, ou auxquels la TPS ou la TVH ne s'applique pas, doivent être indiqués comme tels sur toutes les factures. L'entrepreneur convient de verser à l'Agence du revenu du Canada tous les montants de TPS et de TVH payés ou à payer.



**ANNEXE « C »**

**LISTE DE VÉRIFICATION DES EXIGENCES RELATIVES À LA SÉCURITÉ**



Government of Canada / Gouvernement du Canada

Contract Number / Numéro du contrat <b>201304630</b>
Security Classification / Classification de sécurité

SECURITY REQUIREMENTS CHECK LIST (SRCL)  
LISTE DE VÉRIFICATION DES EXIGENCES RELATIVES À LA SÉCURITÉ (LVERS)

PART A - CONTRACT INFORMATION / PARTIE A - INFORMATION CONTRACTUELLE		
1. Originating Government Department or Organization / Ministère ou organisme gouvernemental d'origine <b>RCMP</b>	2. Branch or Directorate / Direction générale ou Direction <b>HR OHSS</b>	
3. a) Subcontract Number / Numéro du contrat de sous-traitance	3. b) Name and Address of Subcontractor / Nom et adresse du sous-traitant	
4. Brief Description of Work / Brève description du travail Medical doctor working for HQ division doing Occupational Health and Safety Officer duties. <i>name? start/end date?</i>		
5. a) Will the supplier require access to Controlled Goods? Le fournisseur aura-t-il accès à des marchandises contrôlées?	<input checked="" type="checkbox"/> No / Non	<input type="checkbox"/> Yes / Oui
5. b) Will the supplier require access to unclassified military technical data subject to the provisions of the Technical Data Control Regulations? Le fournisseur aura-t-il accès à des données techniques militaires non classifiées qui sont assujetties aux dispositions du Règlement sur le contrôle des données techniques?	<input checked="" type="checkbox"/> No / Non	<input type="checkbox"/> Yes / Oui
5. Indicate the type of access required / Indiquer le type d'accès requis		
6. a) Will the supplier and its employees require access to PROTECTED and/or CLASSIFIED information or assets? Le fournisseur ainsi que les employés auront-ils accès à des renseignements ou à des biens PROTÉGÉS et/ou CLASSIFIÉS? (Specify the level of access using the chart in Question 7. c) (Préciser le niveau d'accès en utilisant le tableau qui se trouve à la question 7. c)	<input type="checkbox"/> No / Non	<input checked="" type="checkbox"/> Yes / Oui
6. b) Will the supplier and its employees (e.g. cleaners, maintenance personnel) require access to restricted access areas? No access to PROTECTED and/or CLASSIFIED information or assets is permitted. Le fournisseur et ses employés (p. ex. nettoyeurs, personnel d'entretien) auront-ils accès à des zones d'accès restreintes? L'accès à des renseignements ou à des biens PROTÉGÉS et/ou CLASSIFIÉS n'est pas autorisé.	<input checked="" type="checkbox"/> No / Non	<input type="checkbox"/> Yes / Oui
6. c) Is this a commercial courier or delivery requirement with no overnight storage? S'agit-il d'un contrat de messagerie ou de livraison commerciale sans entreposage de nuit?	<input checked="" type="checkbox"/> No / Non	<input type="checkbox"/> Yes / Oui
7. a) Indicate the type of information that the supplier will be required to access / Indiquer le type d'information auquel le fournisseur devra avoir accès		
Canada <input checked="" type="checkbox"/>	NATO / OTAN <input type="checkbox"/>	Foreign / Étranger <input type="checkbox"/>
7. b) Release restrictions / Restrictions relatives à la diffusion		
No release restrictions / Aucune restriction relative à la diffusion <input checked="" type="checkbox"/>	All NATO countries / Tous les pays de l'OTAN <input type="checkbox"/>	No release restrictions / Aucune restriction relative à la diffusion <input type="checkbox"/>
Not releasable / À ne pas diffuser <input type="checkbox"/>	Restricted to: / Limité à: <input type="checkbox"/>	Restricted to: / Limité à: <input type="checkbox"/>
Specify country(ies): / Préciser le(s) pays:	Specify country(ies): / Préciser le(s) pays:	Specify country(ies): / Préciser le(s) pays:
7. c) Level of information / Niveau d'information		
PROTECTED A / PROTÉGÉ A <input type="checkbox"/>	NATO UNCLASSIFIED / NATO NON CLASSIFIÉ <input type="checkbox"/>	PROTECTED A / PROTÉGÉ A <input type="checkbox"/>
PROTECTED B / PROTÉGÉ B <input checked="" type="checkbox"/>	NATO RESTRICTED / NATO DIFFUSION RESTREINTE <input type="checkbox"/>	PROTECTED B / PROTÉGÉ B <input type="checkbox"/>
PROTECTED C / PROTÉGÉ C <input type="checkbox"/>	NATO CONFIDENTIAL / NATO CONFIDENTIEL <input type="checkbox"/>	PROTECTED C / PROTÉGÉ C <input type="checkbox"/>
CONFIDENTIAL / CONFIDENTIEL <input type="checkbox"/>	NATO SECRET / NATO SECRET <input type="checkbox"/>	CONFIDENTIAL / CONFIDENTIEL <input type="checkbox"/>
SECRET <input type="checkbox"/>	COSMIC TOP SECRET / COSMIC TRÈS SECRET <input type="checkbox"/>	SECRET <input type="checkbox"/>
TOP SECRET / TRÈS SECRET <input type="checkbox"/>		TOP SECRET / TRÈS SECRET <input type="checkbox"/>
TOP SECRET (SIGINT) / TRÈS SECRET (SIGINT) <input type="checkbox"/>		TOP SECRET (SIGINT) / TRÈS SECRET (SIGINT) <input type="checkbox"/>

TBS/SCT 350-103(2004/12)

Security Classification / Classification de sécurité





Government of Canada / Gouvernement du Canada

Contract Number / Numéro du contrat

201304630

Security Classification / Classification de sécurité

**PART A (continued) / PARTIE A (suite)**

8. Will the supplier require access to PROTECTED and/or CLASSIFIED COMSEC information or assets?  
Le fournisseur aura-t-il accès à des renseignements ou à des biens COMSEC désignés PROTÉGÉS et/ou CLASSIFIÉS?  No / Non  Yes / Oui  
If Yes, indicate the level of sensitivity:  
Dans l'affirmative, indiquer le niveau de sensibilité :

9. Will the supplier require access to extremely sensitive INFOSEC information or assets?  
Le fournisseur aura-t-il accès à des renseignements ou à des biens INFOSEC de nature extrêmement délicate?  No / Non  Yes / Oui

Short Title(s) of material / Titre(s) abrégé(s) du matériel :  
Document Number / Numéro du document :

**PART B - PERSONNEL (SUPPLIER) / PARTIE B - PERSONNEL (FOURNISSEUR)**

10. a) Personnel security screening level required / Niveau de contrôle de la sécurité du personnel requis

<input checked="" type="checkbox"/> RELIABILITY STATUS COTE DE FIABILITÉ	<input type="checkbox"/> CONFIDENTIAL CONFIDENTIEL	<input type="checkbox"/> SECRET SECRET	<input type="checkbox"/> TOP SECRET TRÈS SECRET
<input type="checkbox"/> TOP SECRET - SIGINT TRÈS SECRET - SIGINT	<input type="checkbox"/> NATO CONFIDENTIAL NATO CONFIDENTIEL	<input type="checkbox"/> NATO SECRET NATO SECRET	<input type="checkbox"/> COSMIC TOP SECRET COSMIC TRÈS SECRET
<input type="checkbox"/> SITE ACCESS ACCÈS-AUX EMPLACEMENTS			

Special comments:  
Commentaires spéciaux : \_\_\_\_\_

NOTE: If multiple levels of screening are identified, a Security Classification Guide must be provided.  
REMARQUE: Si plusieurs niveaux de contrôle de sécurité sont requis, un guide de classification de la sécurité doit être fourni.

10. b) May unescorted personnel be used for portions of the work?  
Du personnel sans autorisation sécuritaire peut-il se voir confier des parties du travail?  No / Non  Yes / Oui  
If Yes, will unescorted personnel be escorted?  
Dans l'affirmative, le personnel en question sera-t-il escorté?  No / Non  Yes / Oui

**PART C - SAFEGUARDS (SUPPLIER) / PARTIE C - MESURES DE PROTECTION (FOURNISSEUR)**

**INFORMATION / ASSETS / RENSEIGNEMENTS / BIENS**

11. a) Will the supplier be required to receive and store PROTECTED and/or CLASSIFIED information or assets on its site or premises?  
Le fournisseur sera-t-il tenu de recevoir et d'entreposer sur place des renseignements ou des biens PROTÉGÉS et/ou CLASSIFIÉS?  No / Non  Yes / Oui

11. b) Will the supplier be required to safeguard COMSEC information or assets?  
Le fournisseur sera-t-il tenu de protéger des renseignements ou des biens COMSEC?  No / Non  Yes / Oui

**PRODUCTION**

11. c) Will the production (manufacture, and/or repair and/or modification) of PROTECTED and/or CLASSIFIED material or equipment occur at the supplier's site or premises?  
Les installations du fournisseur serviront-elles à la production (fabrication et/ou réparation et/ou modification) de matériel PROTÉGÉ et/ou CLASSIFIÉ?  No / Non  Yes / Oui

**INFORMATION TECHNOLOGY (IT) MEDIA / SUPPORT RELATIF À LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION (TI)**

11. d) Will the supplier be required to use its IT systems to electronically process, produce or store PROTECTED and/or CLASSIFIED information or data?  
Le fournisseur sera-t-il tenu d'utiliser ses propres systèmes informatiques pour traiter, produire ou stocker électroniquement des renseignements ou des données PROTÉGÉS et/ou CLASSIFIÉS?  No / Non  Yes / Oui

11. e) Will there be an electronic link between the supplier's IT systems and the government department or agency?  
Disposera-t-on d'un lien électronique entre le système informatique du fournisseur et celui du ministère ou de l'agence gouvernementale?  No / Non  Yes / Oui

TBS/SCT 350-103(2004/12)

Security Classification / Classification de sécurité





Contract Number / Numéro du contrat

201304630

Security Classification / Classification de sécurité

**PART C • (continued) / PARTIE C • (suite)**

For users completing the form manually use the summary chart below to indicate the category(ies) and level(s) of safeguarding required at the supplier's site(s) or premises.  
Les utilisateurs qui remplissent le formulaire manuellement doivent utiliser le tableau récapitulatif ci-dessous pour indiquer, pour chaque catégorie, les niveaux de sauvegarde requis aux installations du fournisseur.

For users completing the form online (via the Internet), the summary chart is automatically populated by your responses to previous questions.  
Dans le cas des utilisateurs qui remplissent le formulaire en ligne (par Internet), les réponses aux questions précédentes sont automatiquement saisies dans le tableau récapitulatif.

**SUMMARY CHART / TABLEAU RÉCAPITULATIF**

Category Catégorie	PROTECTED PROTÉGÉ			CLASSIFIED CLASSIFIÉ			NATO				COMSEC						
	A	B	C	CONFIDENTIAL	SECRET	TOP SECRET	NATO Restricted	NATO CONFIDENTIAL	NATO SECRET	OPSEC TOP SECRET	OPSEC CONFIDENTIAL	OPSEC SECRET	Protected Process A B C	CONFIDENTIAL	SECRET	TOP SECRET	
Information / Assets Renseignements / Biens Production																	
IT Media / Support IT																	
IT Link / Lien Mécanique																	

12. a) Is the description of the work contained within this SRCL PROTECTED and/or CLASSIFIED?  
La description du travail visé par la présente LVERS est-elle de nature PROTÉGÉE et/ou CLASSIFIÉE?  No / Non  Yes / Oui

If Yes, classify this form by annotating the top and bottom in the area entitled "Security Classification".  
Dans l'affirmative, classifiez le présent formulaire en indiquant le niveau de sécurité dans la case intitulée « Classification de sécurité » au haut et au bas du formulaire.

12. b) Will the documentation attached to this SRCL be PROTECTED and/or CLASSIFIED?  
La documentation associée à la présente LVERS sera-t-elle PROTÉGÉE et/ou CLASSIFIÉE?  No / Non  Yes / Oui

If Yes, classify this form by annotating the top and bottom in the area entitled "Security Classification" and indicate with attachments (e.g. SECRET with Attachments).  
Dans l'affirmative, classifiez le présent formulaire en indiquant le niveau de sécurité dans la case intitulée « Classification de sécurité » au haut et au bas du formulaire et indiquez qu'il y a des pièces jointes (p. ex. SECRET avec des pièces jointes).