



REQUEST FOR HEALTH SERVICES

DEMANDE DE SERVICES DE SANTÉ

1. Service(s) Required / Service(s) requis		
a) Occupational Health Evaluation / Évaluation de la santé au travail		
<input type="checkbox"/> Advice and Consultation Conseils et consultation	<input type="checkbox"/> Fitness to Work Aptitude au travail	<input type="checkbox"/> Periodic Category III Évaluation périodique de catégorie III
<input type="checkbox"/> Audiogram Audiogramme	<input type="checkbox"/> Immunization Immunisation	<input type="checkbox"/> Pre-Placement Category III Évaluation avant l'affectation - Catégorie III
<input type="checkbox"/> Category III File Review Catégorie III - Évaluation (étude du cas/dossier)	<input type="checkbox"/> Mantoux Test Test de Mantoux	<input type="checkbox"/> Pre-placement/Periodic File Review Évaluation avant l'affectation / évaluation périodique (examen du cas/dossier)
<input type="checkbox"/> Communicable Disease Post Exposure Health Evaluation Maladies transmissibles - évaluation de santé post-exposition	<input type="checkbox"/> Periodic Category II Évaluation périodique - Catégorie II	<input type="checkbox"/> Vision Test (Acuity, Colour) Examen visuel (acuité, couleurs)
b) Health Education and Training / Éducation et formation en matière de santé		
<input type="checkbox"/> Asbestos Training Formation sur les risques associés à l'amiante	<input type="checkbox"/> Ergonomics Education Session Séance d'information en groupe sur l'ergonomie au bureau	<input type="checkbox"/> Infectious Disease Education Programme d'information sur les maladies infectieuses
<input type="checkbox"/> Back Health Santé du dos	<input type="checkbox"/> Health Effects of Noise Effets du bruit sur la santé	<input type="checkbox"/> Respiratory Protection Protection des voies respiratoires
<input type="checkbox"/> Cyanide Training Formation sur les risques liés au cyanure	<input type="checkbox"/> Health Effects of Sun Effets du soleil sur la santé	
c) Workplace Investigation and Monitoring / Enquête et surveillance en milieu de travail		
<input type="checkbox"/> Biological hazard Risque biologique	<input type="checkbox"/> Indoor Air Quality Qualité de l'air intérieur	<input type="checkbox"/> Remedial Action Survey Enquête visant à déterminer l'efficacité des mesures de correction appliquées
<input type="checkbox"/> Chemical Hazard Risque chimique	<input type="checkbox"/> Physical Hazard Risque physique	<input type="checkbox"/> Report Interpretation Interprétation de rapport
d) Workstation Ergonomics Assessment / Évaluation Ergonomique d'un poste de travail		
<input type="checkbox"/> Employee submitted medical documentation from a physician, chiropractor or physiotherapist, indicating the requirement for an ergonomic assessment. L'employé(e) a présenté un certificat d'un médecin, d'un chiropraticien ou d'un physiothérapeute, indiquant qu'il(elle) a besoin d'une évaluation ergonomique.		
<input type="checkbox"/> Employee is experiencing workstation related physical discomfort or postural stress. L'employé(e) ressent un inconfort physique ou un stress postural dû au poste de travail.		
<input type="checkbox"/> Employee's request for an ergonomic assessment is supported by management. Assessment is to be conducted as a preventative measure. La demande d'évaluation ergonomique de l'employé(e) est appuyée par son gestionnaire. L'évaluation est d'ordre préventive.		
e) Other Services (not listed above) / Autre(s) service(s) (ne paraissant pas dans la liste ci-haut)		
Please specify Spécifier svp		
2. Employee Information / Renseignements sur l'employé		
Surname / Nom de famille	Given Name / Prénom	Title / Titre
Telephone / Téléphone	Extension / Poste	E-mail / Courriel
Address / Adresse		Branch / Direction générale
Division	Unit / Unité	Location code / Code lieu
3. Requester Information / Renseignements sur le demandeur		
By sending this form electronically, I am authorizing the health services request. Par l'envoi électronique de ce formulaire, j'autorise la demande de services de santé.		
Surname / Nom de famille	Given Name / Prénom	Title / Titre
Telephone / Téléphone	Extension / Poste	E-mail / Courriel
Address / Adresse		Date
Branch / Direction générale		
Division	Unit / Unité	
4. Service Provider / Fournisseur du service		
Please specify Spécifier svp		Cost Estimate Coût estimatif

ANNEX 'A' - ATTACHMENT 6
SAMPLE - EXEMPLE

ANNEXE 'A' - APPENDICE 6
EXEMPLE - SAMPLE

Comments/Additional information - Commentaires/Renseignements supplémentaires

the collection information box at the bottom
of the form window

la boîte d'information de la collecte au bas
de la fenêtre de formulaire