

**Exemple de questionnaire à remplir par le médecin traitant du résident**  
**Modalités d'un retour progressif si indiqué**

Prénom et nom du résident : \_\_\_\_\_

Programme de résidence : \_\_\_\_\_

Université : \_\_\_\_\_

Niveau de résidence : \_\_\_\_\_

Durée de l'absence précédant la date prévue de retour : \_\_\_\_\_

1- Le résident est-il prêt à effectuer un plein retour en résidence sans mesure particulière ?

Oui\_\_\_ Non \_\_\_

Si la réponse est non, veuillez préciser quelles sont les limitations fonctionnelles limitant le plein retour :

---

---

---

---

---

---

2- Le travail de nuit est-il indiqué, compte tenu des limitations ?

Oui\_\_\_ Non \_\_\_

3- Le travail « de garde » est-il indiqué, compte tenu des limitations ?

Oui\_\_\_ Non \_\_\_

Si la réponse est non, veuillez préciser le type de garde à éviter :

---

---

---

---

---

---

4- Un retour à temps partiel menant graduellement vers le temps plein est-il indiqué compte tenu des limitations ?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si la réponse est oui, veuillez préciser la séquence proposée (combien de jours par semaine pendant combien de semaines) :

---

---

---

---

---

5- Veuillez préciser toute autre mesure ou élément à considérer qui doivent être portés à l'attention du résident, de l'établissement ou de la faculté :

---

---

---

---

---

---

Date : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant : \_\_\_\_\_