



## Certificat d'aptitude

### Données personnelles du patient/bénéficiaire

Nom et prénom	
Date de naissance	
Adresse	
N° de dossier	

### Données professionnelles du médecin traitant

Nom et prénom	
Courriel	

## REGARDS CROISÉS AS/BÉNÉFICIAIRE : à remplir ensemble

### Autres indications professionnelles & sociales

Activité salariée et/ou activités bénévoles exercées par le passé et actuellement		
Formations	Terminées	
	En cours	
	Abandonnées	
Année de la dernière activité et motif de fin		

Connaissances linguistiques	
A Genève, depuis	
Situation familiale (état civil, nombre d'enfants et âge, autre charge familiale)	
Réseau activable (famille, amis, etc.)	

## Lister les *compétences* identifiées du bénéficiaire

Exemples de compétences : créativité, curiosité, pensée critique, courage, honnêteté, enthousiasme, capacité à diriger, maîtrise de soi, persévérance, travail en équipe, etc.

	BÉNÉFICIAIRE	ASSISTANT SOCIAL
Sur le lieu d'activité (dernier emploi, ADR, stage, etc.)		
Au quotidien		

◆ AUTRES INDICATIONS UTILES À FOURNIR AU MÉDECIN TRAITANT :

☞ VOYEZ-VOUS UNE PLUS-VALUE À SE RÉUNIR AUTOUR D'UNE MÊME TABLE (MÉDECIN, BÉNÉFICIAIRE ET ASSISTANT SOCIAL) POUR ÉCHANGER ENSEMBLE SUR LA SITUATION :

Oui

Non

Complément de réponse :

Date :

Signature du collaborateur de l'Hospice général :

Assistante sociale

Par la signature de ce formulaire, j'indique que l'insertion sociale, la réintégration socio-professionnelle et le maintien de l'emploi du bénéficiaire sont importants et que je vais les soutenir.

## A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

En cochant une rubrique, le médecin donne son appréciation et en cas de besoin la complète en précisant dans quelle mesure son patient est en mesure, d'un point de vue médical, de remplir les exigences attendues de lui ou d'avoir une activité sous le régime de certaines conditions-cadres.

### Exigences physique requises

	Avis du médecin traitant
Exigences relatives à la position du corps ou à la capacité de se mouvoir	
Travail assis	<input type="checkbox"/> Oui sans limitation <input type="checkbox"/> Oui avec limitation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Travail à l'écran / PC / laptop / tablette	<input type="checkbox"/> Oui sans limitation <input type="checkbox"/> Oui avec limitation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Changement de position / détente possible	<input type="checkbox"/> Oui sans limitation <input type="checkbox"/> Oui avec limitation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Exigences relatives à la mobilité (se tourner, s'incliner, se pencher, pivoter et s'étirer)	
Mouvements fonctionnels au niveau des membres et du dos	<input type="checkbox"/> Oui sans limitation <input type="checkbox"/> Oui avec limitation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Port de charges	<input type="checkbox"/> Oui sans limitation <input type="checkbox"/> Oui avec limitation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Exigences faisant appel aux sens	
Capacité visuelle	<input type="checkbox"/> Oui sans limitation

	<input type="checkbox"/> Oui avec limitation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Capacité auditive	<input type="checkbox"/> Oui sans limitation <input type="checkbox"/> Oui avec limitation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :

**Exigences en matière de compréhension, de réflexion, de personnalité et concernant d'autres aspects psychosociaux**

	<b>Avis du médecin traitant</b>
Exigences en matière de compréhension et de capacité de réflexion	
Capacité à planifier et structurer des tâches	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Capacité de concentration	<input type="checkbox"/> Oui sans limitation <input type="checkbox"/> Oui avec limitation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Exigences concernant les traits de personnalité	
Méticulosité dans les tâches	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Bonne capacité d'attention	<input type="checkbox"/> Oui sans limitation <input type="checkbox"/> Oui avec limitation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Acceptation de la critique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Flexibilité et aptitude à s'adapter à des situations nouvelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué

	Complément d'information :
Capacité à prendre soin de son hygiène corporelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
<b>Organisation du travail et aspects psychosociaux</b>	
Capacité à travailler en autonomie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Capacité à gérer des dérangements fréquents / des interruptions du travail ou des changements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Capacité à interagir socialement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Aptitude à contrôler ses émotions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Capacité à travailler sous la pression du temps	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :

### Conditions-cadre

	<b>Avis du médecin traitant</b>
<b>Réglementation du temps de travail</b>	
Horaire fixe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Horaire variable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Horaire de nuit	<input type="checkbox"/> Oui

	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Pauses à heures fixes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :
Travail en équipe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Complément d'information :

### COMPLÉMENT D'INFORMATIONS DE LA PART DU MÉDECIN :

- ◆ **POUVEZ-VOUS DÉTERMINER LA CAPACITÉ DE TRAVAIL DU PATIENT (exprimée sur la base d'un 100% ou en nombre d'heures par semaine) DANS:**
  - *Son activité professionnelle habituelle :*
  - *Une activité professionnelle adaptée (en fonction de ses limitations fonctionnelles définies) :*
  - *Une activité occupationnelle ou de maintien (ex : ateliers de socialisation par l'art, par la nature, groupe de rencontres, bénévolat, etc.) :*
  
- ◆ **UN PRONOSTIC PLUS APPROFONDI SUR L'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE EST VRAISEMBLABLEMENT POSSIBLE EN COMPLÉTANT CETTE ÉVALUATION PAR UN(E):**
  - examen approfondi chez un spécialiste  
Mentionner la spécialité :
  - évaluation socio-professionnelle / mise en condition
  - bilan neuropsychologique
  - bilan d'ergothérapie
  - bilan de physiothérapie
  - bilan de logopédie

👉 **EN DEHORS DU TRAITEMENT MÉDICAL, QUEL SOUTIEN/ACCOMPAGNEMENT POURRIEZ-VOUS IMAGINER POUR VOTRE PATIENT (ex : cours de français, marche/course/natation, groupe de parole, etc.) :**

👉 **VOYEZ-VOUS UNE PLUS-VALUE À SE RÉUNIR AUTOUR D'UNE MÊME TABLE (MÉDECIN, BÉNÉFICIAIRE ET ASSISTANT SOCIAL) POUR ÉCHANGER TOUS ENSEMBLE SUR LA SITUATION :**

Oui

Non

Complément de réponse :

**AUTRES INDICATIONS UTILES À FOURNIR À L'ASSISTANT SOCIAL :**

👉 **AVEZ-VOUS REMPLI CE FORMULAIRE :**

En présence de votre patient

En l'absence de votre patient

**Date :**

**Signature du médecin :**