



3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount QC H3Z 3C1 Courriel: salaire@aga.ca

Télééc. : 514 935-1147

Section à remplir par le patient

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
N° contrat : _____ N° groupe/division : _____ N° certificat : _____

À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient

1. DIAGNOSTIC

- 1.1 Principal : _____
- 1.2 Secondaire : _____
- 1.3 Complications : _____
- 1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :
a) reçu des traitements médicaux ☐ b) consulté un autre médecin ☐ c) pris des médicaments ☐ d) été hospitalisé ☐ e) subi des examens ☐
Précisez les périodes : _____
- 1.5 L'incapacité est-elle reliée à : un accident ☐ une maladie ☐ un accident du travail ☐ un accident d'automobile ☐
date de l'événement : _____
une grossesse Non ☐ Oui ☐ un retrait préventif Non ☐ Oui ☐ Date prévue d'accouchement : _____
- 1.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.
Au début de l'invalidité _____ Actuellement _____

2. TRAITEMENT

- 2.1 Médicaments – Nom – Posologie : _____
- 2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :
a) des examens ou tests Non ☐ Oui ☐ Précisez : _____
b) une opération Non ☐ Oui ☐ D'un jour ☐ Type : _____
Intervention chirurgicale : _____ → L Date : _____
c) d'autres traitements Non ☐ Oui ☐ Précisez : _____
d) une hospitalisation du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
e) un court séjour en observation Non ☐ Oui ☐ # heures : _____

3. SUIVI ET PRONOSTIC

- 3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Prochaine consultation : _____
- 3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____
- 3.3 À partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail ? _____
- 3.4 Orientation vers un autre médecin : Non ☐ Oui ☐ Nom du médecin : _____
Spécialité : _____
- 3.5 Durée approximative de l'incapacité : # jours _____ # semaines _____ Indéterminée ☐ ou date de retour au travail _____
- 3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? # jours _____ # semaines _____
à temps partiel ☐ à temps plein ☐ retour progressif ☐ Précisez : _____

4. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

- 4.1 Nom, prénom (en lettres majuscules) : _____ Téléphone : () _____
- 4.2 N° permis d'exercer : _____ Télécopieur : () _____
Omnipraticien ☐ Spécialiste ☐ Précisez : _____
- 4.3 Adresse : _____
Signature du médecin : _____ Date : _____



AGA
ASSURANCES
COLLECTIVES

DEMANDE DE PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Maladies à caractère psychologique

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au verso

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount QC H3Z 3C1 Courriel: salaire@aga.ca

Télééc. : 514 935-1147

Section à remplir par le patient

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
N° contrat : _____ N° groupe/division : _____ N° certificat : _____

À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient

1. DIAGNOSTIC

- 1.1 Principal : _____
- 1.2 Secondaire : _____
- 1.3 Symptômes actuels : _____
- 1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger ☐ Moyen ☐ Intense ☐ Avec éléments psychotiques ☐
- 1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :
☐ à la vie conjugale ou familiale ☐ à la perte d'un emploi ou à une mise à pied ☐ à des problèmes professionnels
☐ à des problèmes personnels ou interpersonnels ☐ à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu
☐ autres Précisez : _____
- 1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :
a) reçu des traitements médicaux ☐ b) consulté un autre médecin ☐ c) pris des médicaments ☐ d) été hospitalisé ☐ e) subi des examens ☐
Précisez les dates des épisodes antérieurs : _____

2. TRAITEMENT

- 2.1 Médicaments – Nom – Posologie : _____
- 2.2 Le patient consulte-t-il : un psychiatre Non ☐ Oui ☐ un travailleur social Non ☐ Oui ☐
un psychologue Non ☐ Oui ☐ un autre intervenant de la santé Non ☐ Oui ☐
Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____
- 2.3 Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

3. SUIVI ET PRONOSTIC

- 3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Prochaine consultation : _____
- 3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____
- 3.3 À partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail ? _____
- 3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre : Non ☐ Oui ☐ Nom du médecin : _____
- 3.5 Durée approximative de l'incapacité : # jours _____ # semaines _____ Indéterminée ☐ ou date de retour au travail _____
- 3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? # jours _____ # semaines _____
à temps partiel ☐ à temps plein ☐ retour progressif ☐ Précisez : _____

4. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

- 4.1 Nom, prénom (en lettres majuscules) : _____ Téléphone : (____) _____
- 4.2 N° permis d'exercer : _____ Télécopieur : (____) _____
Omnipraticien ☐ Spécialiste ☐ Précisez : _____
- 4.3 Adresse : _____
Signature du médecin : _____ Date : _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE SONT ASSUMÉS PAR LE PATIENT