

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount QC H3Z 3C1 Courriel: [salaire@aga.ca](mailto:salaire@aga.ca) Téléc. : 514 935-1147

**Section à remplir par le patient**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
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 : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
une grossesse Non  Oui  un retrait préventif Non  Oui  Date prévue d'accouchement : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_
- 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 : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
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 : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Prochaine consultation : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_
- 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 ? \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_
- 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 : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount QC H3Z 3C1 Courriel: [salaire@aga.ca](mailto:salaire@aga.ca) Téléc. : 514 935-1147

**Section à remplir par le patient**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
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 : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Prochaine consultation : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_
- 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 ? \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_
- 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 : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_