|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invaliditéImpasse de la Colline 1, Case postale, 1762 Givisiez |  |  |
| Nom et prénom du médecin |  | **Numéro AVS :** **Réf :** **T** **V/réf.**  |
| Givisiez,  |  |  |

**Nom et prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Rapport médical intermédiaire pour des prestations pour adultes dès le**

Nous vous prions de compléter le rapport médical et de nous le retourner.

**Etat de santé :** stationnaire ? o
 aggravé ? o depuis quand ?
 amélioré ? o depuis quand ?

* **1.1**

Quelle est l’évolution que vous avez observée chez votre patient sur les derniers mois ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.2**

Au regard de la symptomatologie actuelle et de vos constatations cliniques objectives, quels diagnostics retenez-vous à ce jour ? Merci de détailler votre réponse selon les critères CIM 10 ?

 Existant depuis quand ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

* **1.3**

Notez-vous encore la présence de limitations fonctionnelles majeures chez votre patient ? Dans l’affirmative, merci de les décrire ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.4**

Y a-t-il des obstacles majeurs sur le plan médical contre indiquant la mise en place de mesures de réinsertion de façon très progressive (8h réparties sur les 5 jours de la semaine de travail). Dans l’affirmative, merci de nous les préciser ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.5**

Merci de nous détailler le traitement médicamenteux (molécule et posologie) et non médicamenteux en cours

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Avez-vous dû effectuer des modifications de traitement sur les derniers mois ? Lesquelles et pour quel motif ? Y-a-t-il des modifications de traitement ou des investigations médicales prévues

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.6**

Existe-t-il un potentiel (même partiel) de réinsertion sur le premier marché du travail ? [ ]  oui [ ]  non

Existe-t-il un potentiel (même partiel) de réinsertion dans une activité occupationnelle ? [ ]  oui [ ]  non

Pour l’appréciation du potentiel de réinsertion, il convient d’indiquer si les traitements effectués jusque-là ont été adéquats, si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées, et quelle sera vraisemblablement l’évolution de la maladie. Le cas échéant, indiquer si d’autres options sont encore envisageables.

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.7**

La personne assurée requiert-elle pour les gestes quotidiens de la vie une aide régulière par une tierce ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, depuis quand ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.8**

Pensez-vous qu'un examen médical complémentaire soit indiqué ? [ ]  oui [ ]  non

* **1.9**

Date du dernier examen médical

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.10**

Quelle est la fréquence des consultations

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **Indications concernant l'évaluation de la réinsertion professionnelle et/ou de la demande de rente**

**Questions concernant l'activité exercée jusqu'ici**

* **1.1**

L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, dans quelle mesure (heures par jour, par exemple) ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Y a-t-il une diminution du rendement ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, dans quelle mesure (heures par jour, par exemple) ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

**Questions concernant une éventuelle réinsertion professionnelle**

* **1.2**

Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, quelles mesures peut-on exiger (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, aménagement du poste de travail, etc.) ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

De quelle manière ces mesures peuvent-elles influencer la capacité de travail ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.3**

Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui : Quel genre d'activité est envisageable ? A quoi faudrait-il être particulièrement attentif ? Dans quelle mesure cette activité peut-elle être exercée (heures par jour) ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Dans ce cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution du rendement ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, dans quelle mesure ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.4**

Si plus aucune autre activité n'est exigible, quelle en est la raison ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.5**

La personne a les capacités fonctionnelles suivantes (en cas d'activité professionnelle) :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oui | Non |  | Oui | Non |  |
| [ ]  | [ ]  | Position assise       heures/jour | [ ]  | [ ]  | Parcours à pied (périmètre de marche max.       mètres) |
| [ ]  | [ ]  | Position debout       heures/jour | [ ]  | [ ]  | Utilisation des deux bras-mains / gauche-droite complète limitations :      |
| [ ]  | [ ]  | La même position du corps pendant longtemps       /heures/jour | [ ]  | [ ]  | Lever, porter ou déplacer des charges, poids raisonnable :      kg |
| [ ]  | [ ]  | Alternance des positions assis/debout | [ ]  | [ ]  | Se baisser |
| [ ]  | [ ]  | Alternance assis/debout/marche | [ ]  | [ ]  | Mouvements des membres ou du dos occasionnels/répétitifs :       |
| [ ]  | [ ]  | Position à genoux | [ ]  | [ ]  | Horaire de travail irrégulier/de nuit/matin |
| [ ]  | [ ]  | Inclinaison du buste | [ ]  | [ ]  | Travail en hauteur/sur une échelle |
| [ ]  | [ ]  | Position accroupie | [ ]  | [ ]  | Déplacements sur sol irrégulier ou en pente |
| [ ]  | [ ]  | Fonctionnement intellectuel normal | [ ]  | [ ]  | Comportement acceptable par l’entourage |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Environnement à éviter | [ ]  froid | [ ]  bruit | [ ]  poussières |
| Motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel | [ ]  bonne | [ ]  partielle | [ ]  faible |
| Absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical  | [ ]  faible | [ ]  moyen | [ ]  importants |
| Possibilités d'utiliser les transports publics  | [ ]  oui | [ ]  non : pourquoi ? |

**Divers**

Quels autres éléments pourraient entrer en ligne de compte dans l’évaluation de la situation de votre patient ? Avez-vous d’autres informations à nous communiquer ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Date

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Nom, Prénom, adresse exacte (cabinet/service) et signature du médecin (la signature sous forme électronique suffit)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Annexes

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |