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

|  |
| --- |
|  |

**Nom, prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Annexe au rapport médical - Matériel pour l’incontinence**

Nous avons reçu une demande de prise en charge de matériel pour l’incontinence.

L’incontinence est définie par l’incapacité de contrôler **volontairement** l’émission d’urine ou de selles.

L’AI peut envisager le financement des produits absorbants pour l’incontinence comme moyens de traitement, si l’incontinence est en étroit lien de causalité avec une infirmité congénitale pour laquelle l’AI a octroyé des mesures médicales.

Dans ce contexte, il faut que le produit pour l’incontinence serve

* Soit à la guérison directe de la maladie à la charge de l’AI
* Soit à éviter une aggravation de l’état actuel de la maladie à la charge de l’AI
* Ou à éviter une apparition des composantes supplémentaires (infections etc.)

Nous vous prions de bien vouloir prendre position aux points suivants :

1. Y a-t-il une incontinence selon les critères ci-dessus ?  oui  non
2. Si oui, est-ce que l’incontinence est étroitement en lien avec une infirmité congénitale au sens de l’OIC ?

oui  non

Si oui, sous quel chiffre de l’OIC ?

1. Si les questions 1 et 2 sont dans l’affirmative, l’aide de l’incontinence dans le cas présent a pour but la guérison directe de l’infimité congénitale, d’éviter l’aggravation de l’état de la maladie ou empêcher des complications supplémentaires ?

oui  non

Si oui, comment exactement ?

Eventuelles autres indications et remarques :

Date Cachet et signature du médecin