|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invaliditéImpasse 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**

**Rapport médical pour l’AI**

Bonjour,

Vous trouvez ci-joint un formulaire de rapport médical à compléter pour l’AI.

Ce formulaire a été préparé et mis en place dans le cadre du processus ONCOPROF par l’Office AI du canton de Fribourg et la Ligue fribourgeoise contre le cancer, processus qui entend favoriser la réadaptation professionnelle pour les malades du cancer. Il est centré sur les questions qui ont trait au retour précoce au travail et à la réinsertion professionnelle.

Vous trouvez en annexe une facture que vous voudrez bien remplir sur la base du tarif TARMED selon la valeur qui correspond à un « rapport médical intermédiaire » pour l’AI, soit à la position 00.2205.

Nous vous remercions beaucoup pour votre précieuse collaboration et vous présentons nos salutations distinguées.

**Office de l'assurance-invalidité**

**du canton de Fribourg**

Avis sans signature

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|       | Numéro AVS :      Personne assurée :      Né(e) le       |

**Rapport médical**

****

Formulaire à remplir lisiblement ou à l'ordinateur et à renvoyer dans les 30 jours à l'Office AI.

1. Diagnostic(s) avec effet sur la capacité de travail :

1. Facteurs aggravants (par ex. effets secondaires du traitement médical ou de la maladie) :

1. Traitement médical en cours ou prévu à court terme :

1. Incapacité de travail :

     % du       au

     % du       au

1. Activité professionnelle habituelle

a) Est-elle exigible actuellement ? o oui o non

b) A quel pourcentage ?      %

c) Quelles limitations fonctionnelles faut-il respecter ?

d) S’agit-il d’une reprise à titre thérapeutique ? o oui o non

 Si oui, veuillez en indiquer les raisons :

1. Quel est le pronostic pour la reprise du travail ?

 Veuillez indiquez les raisons :

1. Quelles mesures pourraient à votre avis aider à la reprise de l’activité professionnelle, par ex. :

o Adaptation du poste de travail

o Accompagnement en emploi

o Moyens auxiliaires

 Si oui, lesquels :

Remarques et autres suggestions :

1. Souhaitez-vous que l’Office AI vous contacte par téléphone pour discuter plus amplement de la situation de cette personne assurée ? o oui o non
2. Prochain rapport (réévaluation) dans    mois

Date Cachet et signature du médecin