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

**Nom et prénom de la personne 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

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

**Questions psychiatriques**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La personne assurée a-t-elle fait récemment (6 mois) l'objet d'une évaluation globale ou de tests (ex. neuro-psy, intelligence, clinique, etc.) ou a-t-elle répondu à un questionnaire spécifique ?  Si c'est le cas; préciser de quel genre et auprès de qui ? | Oui | Non |

A Quelles sont les freins dont il faut tenir compte ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Ne sais pas | Si oui à préciser |
| A.1. Difficultés relationnelles ressenties par la personne assurée |  |  |  |  |
| A.2. Hostilité ou agressivité |  |  |  |  |
| A.3. Bizarreries du comportement |  |  |  |  |
| A.4. Difficultés dans la gestion des émotions |  |  |  |  |
| A.5. Apragmatisme |  |  |  |  |
| A.6. Difficultés liées aux tâches administratives |  |  |  |  |
| A.7. Difficultés pour maintenir l’hygiène personnelle |  |  |  |  |
| A. 8. Difficultés d’autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne |  |  |  |  |
| A.9. Difficultés dans les déplacements |  |  |  |  |
| A.10. Difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne |  |  |  |  |
| A.11. Difficultés d’organisation du temps |  |  |  |  |
| A.12. Difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement |  |  |  |  |
| A.13. Hypersensibilité au stress |  |  |  |  |
| A.14. Apparition périodique de phases de décompensation |  |  |  |  |
| A.15. Autres troubles fonctionnels non mentionnés (préciser) |  |  |  |  |

B. Certaines fonctions cognitives liées à l’activité sont-elles limitées ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Non limitée | Limitée | genre |
| B.1. Capacité d'orientation dans le temps, l'espace ou par rapport à soi-même |  |  |  |
| B.2. Capacité de concentration/attention |  |  |  |
| B.3. Capacité de compréhension |  |  |  |
| B.4. Capacités mnésiques |  |  |  |
| B.5. Capacité d’organisation/planification |  |  |  |
| B.6. Capacité d’adaptation au changement |  |  |  |

C. En fonction de l’état de santé et de ses variations, quelles activités sont-elles encore possibles pour la personne assurée ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | De manière fluctuante | Si non ou fluctuant, préciser pourquoi |
| C.1. Activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels |  |  |  |  |
| C.2. Activités exigeant une grande autonomie |  |  |  |  |
| C.3. Activités exigeant de l’endurance |  |  |  |  |
| C.4. Activités exigeant de la précision |  |  |  |  |
| C.5. Activités impliquant du stress |  |  |  |  |
| C.6. Activités exigeant de la rapidité |  |  |  |  |
| C.7. Activités exigeant une adaptation permanente |  |  |  |  |
| C.8. Activités impliquant des tâches complexes |  |  |  |  |

D. A quel rythme une activité professionnelle est-elle encore possible ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |  | |
| D.1. à plein temps ? |  |  | Si oui,  avec quel rendement ? | |
| D.2. à temps partiel ? |  |  | Si oui,  à quel taux ?  avec quel rendement ? | |
| D.3. Quelle est l’importance prévisible, en fréquence et en durée, des absences provoquées par l’état de santé psychique | Fréquence : | | | Durée : |

**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

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