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

**Nom, prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Instruction AI - Rapport médical pour enfants et jeunes adultes assurée**

Bonjour,

Votre patient/e est limité/e pour des raisons de santé qui ont conduit au dépôt d’une demande AI. En vue d’un examen rapide, l’office AI a besoin de votre soutien compétent.

Nous vous prions dès lors de répondre au questionnaire en annexe autant qu’il vous est possible en fonction de votre spécialité et du dossier de votre patient/e. Si, malgré tout, quelques points devaient demeurer ouverts, nous le comprendrions très bien. Vous trouvez de plus amples informations sur la collaboration avec les offices AI sur le site www.ai-pro-medico.ch.

Nous vous prions de compléter le rapport médical et de nous le retourner. Pour cette tâche, vous pouvez faire votre décompte selon Tarmed.

 Avec nos salutations les meilleures

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Office de l’assurance-invalidité****Invalidenversicherungs-Stelle**Fribourg – FreiburgImpasse de la Colline 1, 1762 GivisiezT +41 26 426 70 00 — www.ecasfr.ch |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et adresse du médecin | Numéro AVS : Personne assurée : Né(e) le  |

**Rapport médical** destiné àl’évaluation du droit aux prestations pour enfants et jeunes adultes pour

[ ]  des mesures médicales [ ]  des mesures de réadaptation professionnelle

[ ]  des moyens auxiliaires

Questions complémentaires

|  |
| --- |
|       |

**1. Diagnostics**

**1.1**

Diagnostics Établi pour la première fois le

En cas de maladies psychiatriques, veuillez indiquer les codes CIM-10 ou DSM-IV

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

**1.2**

L’état de santé a-t-il des effets sur la fréquentation scolaire ou sur la formation professionnelle ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, comment ? Depuis quand ?

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

**1.3**

Sommes-nous en présence d’une ou plusieurs infirmités congénitales selon l’OIC ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, chiffre(s)

|  |
| --- |
|       |

**1.4**

L’état de santé de la personne assurée est

[ ]  demeure identique [ ]  est capable de s’améliorer [ ]  se détériore

**1.5**

Des mesures médicales peuvent-elles améliorer de manière substantielle une réadaptation ultérieure dans la vie active ?

[ ]  oui [ ]  non

**1.6**

La personne assurée a-t-elle besoin d’un traitement/d’une thérapie ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, lequel/laquelle ?

|  |
| --- |
|       |

Genre de thérapie

Début Durée prévue

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

Ampleur (fréquence et durée de la séance)

|  |
| --- |
|       |

Lieu d’exécution où le traitement sera-t-il mis en œuvre ? Traitements à domicile uniquement en cas de nécessité médicale (prière de justifier)

|  |
| --- |
|       |

Quel-est l’objectif de la thérapie ?

|  |
| --- |
|       |

**1.7**

La personne assurée a-t-elle besoin d’appareils de traitement ou de moyens auxiliaires ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels ?

|  |
| --- |
|       |

**1.8**

Impotence : Y a-t-il une charge supplémentaire requise liée à une prestation d’aide due au handicap/à l’atteinte à la santé, ou y a-t-il nécessité d’une surveillance personnelle par comparaison avec une personne non handicapé/non atteinte dans sa santé du même âge que la personne assurée ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, prière de justifier

|  |
| --- |
|       |

**2 Indications médicales**

**2.1**

Traitement du jusqu’au

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

**2.2**

Dernier examen du

|  |
| --- |
|       |

**2.3**

Anamnèse (déroulement chronologique, thérapie à ce jour, symptômes actuels)

|  |
| --- |
|       |

**2.4**

Symptômes médicaux

|  |
| --- |
|       |

**2.5**

Pronostic

|  |
| --- |
|       |

**2.6**

Examens réalisés par des médecins spécialistes

|  |
| --- |
|       |

**2.7**

Plan de traitement (date de début/durée)

|  |
| --- |
|       |

**2.8**

Avez-vous ordonné des mesures thérapeutiques en soins à domicile ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquelles, à quel rythme et avec quelle durée et par qui ?

|  |
| --- |
|       |

**Mesures professionnelles pour des jeunes sans formation professionnelle initiale accomplie**

**Indications pour l’évaluation de la capacité d’insertion professionnelle**

**Pour les jeunes n’ayant pas encore commencé de formation professionnelle initiale (p.ex. jeunes en fin de scolarité) 🡪 répondre aux questions A**

**Pour les jeunes ayant déjà débuté une formation professionnelle initiale 🡪 répondre aux questions B**

**A. Questions concernant une future formation professionnelle initiale :**

a.1

L’atteinte à la santé va-t-elle avoir des répercussions sur la formation professionnelle initiale? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquelles ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

En cas de déficits cognitifs, mnésiques, attentionnels ou d’autres limitations dans la capacité d'apprentissage, veuillez-nous les décrire de manière détaillée et nous transmettre d’éventuels examens réalisés (par ex. examen neuropsychologique)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

a.2

Y a-t-il d’autres facteurs non liés à l’atteinte à la santé (par ex. psychosociaux, connaissance de la langue, etc.) susceptibles d’avoir des répercussions sur la formation professionnelle initiale ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

a.3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Motivation de la personne assurée pour une formation professionnelle initiale | [ ] bonne | [ ] partielle | [ ] faible |
| Absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical  | [ ] faible | [ ] moyen | [ ] important |
| Possibilités d'utiliser les transports publics  | [ ] oui | [ ] non : pourquoi ? |

**B. Questions concernant une formation professionnelle initiale en cours :**

b.1.

L’état de santé menace-t-il la réussite de la formation professionnelle en cours ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, de quelle manière ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.2

Les difficultés de la personne assurée à suivre son apprentissage s'expliquent-elles par des déficits cognitifs, mnésiques, attentionnels ou d’autres limitations dans la capacité d'apprentissage ? [ ]  oui [ ]  non

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Si oui, veuillez-nous les décrire de manière détaillée et nous transmettre d’éventuels examens réalisés (par ex. examen neuropsychologique)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.3

Y a-t-il d’autres facteurs non liés à l’atteinte à la santé (par ex. psychosociaux, connaissance de la langue, etc.) susceptibles d’avoir des répercussions sur la formation professionnelle initiale ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.4

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

Si oui, avec quelles mesures (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, aménagement du poste de travail, etc.) ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Un autre type d’activité vous semble-t-il envisageable ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, à quoi faudrait-il être particulièrement attentif ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.5

Dans quelle mesure l’activité adaptée peut-elle être exercée (heures par jour, par exemple ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

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

Si oui, dans quelle mesure ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.6

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Motivation de la personne assurée pour une formation professionnelle initiale | [ ] bonne | [ ] partielle | [ ] faible |
| Absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical  | [ ] faible | [ ] moyen | [ ] important |
| Possibilités d'utiliser les transports publics  | [ ] oui | [ ] non : pourquoi ? |

b.7

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

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.7

Suggestions, autres demandes

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

**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

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |