|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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, 26.03.2025 |  |  |

**Nom et prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Rapport médical : Réadaptation professionnelle/Rente**

Bonjour,

Votre patiente, votre patient est limité/e pour des raisons de santé qui ont conduit au dépôt d'une demande AI ou à l’octroi d’une rente AI. Nous souhaitons évaluer rapidement le cas et avons besoin de votre collaboration compétente.

Nous vous prions donc de répondre aux questions du formulaire ci-joint dans la mesure où elles se rapportent à votre spécialité et pour autant que le dossier de votre patient/votre patiente le permette. Nous vous demandons également de bien vouloir joindre les copies des rapports en votre possession et de répondre aussi aux éventuelles questions complémentaires qui figurent sur la première page du rapport.

**Informations**

Souhaitez-vous savoir comment fonctionne la collaboration avec les offices AI ? Vous trouverez les informations nécessaires sur [www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch). Ce questionnaire a été établi en collaboration de la FMH.

Nous vous prions de compléter le rapport médical et de nous le retourner. Vous pouvez facturer la rédaction du rapport médical et les entretiens avec nos services selon le 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 prénom du médecin | Numéro AVS : Personne assurée : Né(e) le  |

Stade de la procédure

|  |  |
| --- | --- |
| Première demande AI Nouvelle demande AI Révision d'office Demande de révision |  |

**Questions complémentaires**

|  |
| --- |
|       |

**1 Informations générales**

* **1.1**

Le traitement ambulatoire / hospitalier que vous avez dispensé a eu lieu

du au

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

Date de la dernière consultation

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Des consultations ont été effectués précédemment par

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Des consultations ont été effectués à une date ultérieure par

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.2**

A quelle fréquence voyez-vous le patient / la patiente actuellement ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.3**

Quelle est, jusqu’à aujourd’hui, l’évolution de l’incapacité de travail attestée médicalement (en pour cent) ?

% du au

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

Pour quelles activités avez-vous attesté une incapacité de travail ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.4**

Y a-t-il d’autres intervenants (médecins spécialistes, hôpitaux ou thérapeutes) ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Veuillez joindre les copies des rapports existants.

**2 Situation médicale**

* **2.1**

Antécédents médicaux et évolution de la situation du patient/de la patiente

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.2**

Situation et symptômes médicaux actuels

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.3**

Médication actuelle (y compris le dosage)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.4**

Constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.5**

Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

(pour les affections psychiatriques, veuillez indiquer le code CIM-10 ou DSM-5)

Quand ces diagnostics ont-ils été posés ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.6**

Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail

Quand ces diagnostics ont-ils été posés ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.7**

Votre pronostic sur la capacité du travail du patient/de la patiente

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.8**

Prochaines mesures que vous envisagez / votre plan de traitement (thérapies, opérations chirurgicales, médication)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

**3 Situation professionnelle**

* **3.1**

Quelle est l’activité actuelle de votre patient / votre patiente ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

* **3.2**

Quelles sont les informations dont vous disposez sur la situation professionnelle de votre patient / votre patiente ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Aucune information

* **3.3**

A quelles exigences votre patient/patiente doit-il/elle faire face dans son activité professionnelle ?

(par exemple: effort physique / activité alternée / répétitive / fonction de cadre / travail par rotation d'équipes / travail en équipe / contact avec les clients, ou toute autre particularité)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

Au cas où vous disposez d’une description du poste, veuillez en joindre une copie

* **3.4**

Existe-t-il des limitations fonctionnelles ? Quels effets ont-elles sur l’activité que le patient a exercée jusqu’ici ?

Veuillez décrire les limitations fonctionnelles.

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

* **3.5**

Votre patient/votre patiente dispose-t-il/elle de ressources qui pourraient être utiles pour sa réinsertion ?

(par exemple: connaissances linguistiques / formations continues / activités de la vie quotidienne / activités bénévoles / hobbys / temps libre / contacts avec des amis / voyages)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

* **3.6**

Avez-vous des doutes quant à sa capacité de conduire ? Lesquels ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

**4 Potentiel de réadaptation**

* **4.1**

Combien d’heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans l’activité qu’il/elle a exercée jusqu’ici ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

* **4.2**

Combien d’heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans une activité qui tienne compte de l’atteinte à sa santé ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **4.3**

Votre pronostic sur le potentiel de réadaptation du patient/de la patiente

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **4.4**

Quels sont les facteurs qui font obstacle à une réadaptation ?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **4.5**

Dans quelle mesure votre patient/votre patiente est-il/elle limité/e dans l’accomplissement des tâches ménagères ?

(Par ex.: tenue du ménage /préparation des repas / nettoyage / achats / lessive / prise en charge des enfants)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

**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

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |