|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 - Opération ophtalmologique (kératoplastie)**

Des prestations pour une opération ophtalmologique ont été demandées.

Questions complémentaires :

1. Quel type d'intervention va être ou a été effectué ?

2. Indication de l'intervention ?

3. S'agit-il d'un stade final fonctionnel stable avec cornée déformée par des cicatrices ou présentant une incurvation opaque au point ?

4. Quand l'hospitalisation est-elle prévue ou quand a-t-elle eu lieu ?

5. La personne assurée avait ou a-t-elle besoin de moyens auxiliaires optiques avant l'opération ? Si oui, lesquels ?

6. Existe-t-il d'autres maladies oculaires telles que myopie avancée ou maligne, rétinopathie diabétique, rétinite pigmentaire, glaucome simple, etc. ? Si oui, lesquelles ?

7. A votre connaissance, la personne assurée souffre-t-elle d'autres maladies non ophtalmologiques ? Si oui, lesquelles ?

Date Cachet et signature du médecin