|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 apprécier le droit aux prestations suivantes chez les personnes âgées de moins de 20 ans :**

mesures médicales [ ]  mesures professionnelles [ ]  moyens auxiliaires [ ]

[ ]  Veuillez également répondre aux questions de la feuille annexée.

**A. Diagnostics ?** Établis pour la première fois le :

L'état de santé de la personne assurée l'empêche-t-elle de fréquenter l'école ou de suivre une formation professionnelle ?

 [ ]  oui [ ]  non depuis quand ?

**B. Y a-t-il une ou plusieurs infirmité(s) congénitale(s) au sens de l'OIC ?** [ ]  oui [ ]  non

Si oui, chiffre(s) :

**C. Questions générales au médecin :**

1. L'état de santé de la personne assurée [ ]  est stationnaire [ ]  s'améliore [ ]  s'aggrave
2. Des mesures médicales permettront-elles d'améliorer l'intégration ultérieure
de la personne assurée dans une activité lucrative ? [ ]  oui [ ]  non
3. La personne assurée a-t-elle besoin d'appareils de traitement ou

 de moyens auxiliaires ? [ ]  oui [ ]  non

1. La personne assurée a-t-elle besoin d'un traitement médical ? [ ]  oui [ ]  non
2. L'assistance et la surveillance personnelle découlant du handicap entraî-
nent-elles des frais supplémentaires par rapport à une personne non handi-
capée et du même âge ? Si oui, depuis quand : [ ]  oui [ ]  non

**D. Données médicales :**

1. Traitement du       au

 Pour les nouveau-nés, traitement intensif du       au

1. Dernier examen le
2. Anamnèse

1. Plaintes subjectives

1. **Status clinique avec les valeurs de l'acuité visuelle après correction. Si l’acuité visuelle n’est pas mesurable, veuillez indiquer si l’œil en cause peut fixer centralement. Cette question se rapporte à l’état au début du traitement.**

1. Examens médicaux spécialisés :
2. Plan de traitement (début / durée), pronostic :
3. Avez-vous prescrit des traitements à domicile ? [ ]  oui [ ]  non

 Si oui, lesquels, fréquence et durée, par qui ?

**E. Annexes**

Le service médical de l'office AI vous prie de lui envoyer les rapports d'hospitalisation et des spécialistes ou alors de lui fournir la désignation exacte de ces documents pour qu'il puisse se les procurer lui-même. D'avance il vous en remercie. Les rapports originaux vous seront retournés après consultation.

Date Cachet et signature du médecin