|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rapport médical:Pour enfants assurés et jeunes adultes assurés |  |  |

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

Instruction AI pour enfants et jeunes adultes assurés:

Veuillez remplir le rapport médical et nous le retourner

Bonjour,

Votre patiente/votre patient a des atteintes à la santé qui ont donné lieu à une demande de prestations AI. Pour pouvoir examiner rapidement cette demande, nous avons besoin de votre de votre soutien compétent.

Dans ce contexte, nous vous prions de bien vouloir répondre au rapport médical ci-joint, dans la mesure où votre domaine de spécialisation et votre dossier de patient vous le permettent. Si, pour cette raison, certains points sont laissés ouverts, nous le comprenons parfaitement.

Vous trouverez de plus amples informations sur la collaboration avec les offices AI sur la site internet
suivante: [www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch).

Vous pouvez également télécharger le rapport médical sur notre site internet.

Veuillez remplir le rapport médical, que ce soit sous forme électronique ou sous forme manuscrite, et veuillez nous le retourner ensuite aussi rapidement que possible. Pour le remplissage de ce rapport médical, vous pouvez établir un décompte selon Tarmed.

Nous vous remercions et vous adressons nos meilleures salutations.

Rapport médical

Rapport médical destiné à l’évaluation du droit aux prestations pour enfants et jeunes adultes pour

[ ]  mesures médicales [ ]  moyens auxiliaires

[ ]  mesures de réadaptation professionnelle

Questions complémentaires

|  |
| --- |
|       |

Veuillez également répondre aux questions supplémentaires figurant dans l’annexe

[ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom)      | Date de naissance      | Numéro AVS       |

1. Diagnostics

* 1.1

Diagnostics

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

Établi pour la première fois le:

|  |
| --- |
|       |

* 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 de plusieurs infirmités congénitales selon l’OIC?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, chiffre(s)

|  |
| --- |
|       |

* 1.4

L’état de santé de la personne assurée

[ ]  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, 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 handicapée/non atteinte dans sa santé du même âge que le patient/la patiente?

[ ]  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?

|  |
| --- |
|       |

3. Signature

Prénom, nom, date et signature du médecin

|  |
| --- |
|       |

Adresse exacte (cabinet médical/division)

|  |
| --- |
|       |

4. Annexes

Nous vous prions de joindre des copies des rapports des hôpitaux et des médecins spécialistes à l’intention de notre service médical, resp. de les désigner avec précision afin que nous puissions
les exiger nous-mêmes. Après consultation, les rapports originaux vous seront retournés.

|  |
| --- |
|       |