|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**

**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