|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 intermédiaire en vue de la révision des prestations pour adultes dès le**

o Veuillez également répondre aux questions de la feuille annexée.

**Etat de santé :** stationnaire ? o
 aggravé ? o depuis quand ?
 amélioré ? o depuis quand ?

1. Quelle est l’évolution que vous avez observée chez votre patient sur les derniers mois ?

1. Au regard de la symptomatologie actuelle et de vos constatations cliniques objectives, quels diagnostics retenez-vous à ce jour ? Merci de détailler votre réponse selon les critères CIM 10.

 Existant depuis quand ?

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

1. Notez-vous encore la présence de limitations fonctionnelles majeures chez votre patient ? Dans l’affirmative, merci de les Évolution / Modification du statut ?

1. Y-a-t-il des obstacles majeurs sur le plan médical contre indiquant la mise en place de mesures de réinsertion de façon très progressive (8h réparties sur les 5 jours de la semaine de travail). Dans l’affirmative, merci de nous les préciser) :

1. Merci de nous détailler le traitement médicamenteux (molécule et posologie) et non médicamenteux en cours.

1. Avez-vous dû effectuer des modifications de traitement sur les derniers mois ? Lesquelles et pour quel motif ? Y-a-t-il des modifications de traitement ou des investigations médicales prévues ?

1. Existe-t-il un potentiel (même partiel) de réinsertion sur le premier marché du travail ? [ ]  oui [ ]  non
2. Existe-t-il un potentiel (même partiel) de réinsertion dans une activité occupationnelle ? [ ]  oui [ ]  non

Pour l’appréciation du potentiel de réinsertion, il convient d’indiquer si les traitements effectués jusque-là ont été adéquats, si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées, et quelle sera vraisemblablement l’évolution de la maladie. Le cas échéant, indiquer si d’autres options sont encore envisageables.

1. La personne assurée requiert-elle pour les gestes quotidiens de la vie
une aide régulière par une tierce personne ? [ ]  oui [ ]  non

Depuis quand ?

1. Pensez-vous qu'un examen médical complémentaire soit indiqué ? [ ]  oui [ ]  non
2. Date du dernier examen médical :
3. Quelle est la fréquence des consultations ?
4. Informations supplémentaires, remarques et propositions :

1. **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