|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de sécurité sociale (NSS) : 756.     (A rappeler dans toute correspondance) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ,  | Office de l'Assurance-Invalidité  du canton de NeuchâtelRue Chandigarh 2Case postale 12092301 La Chaux-de-Fonds |
| N/réf :       /      Tel. :      V/réf :       |

Date de la demande de rapport :

Rapport médical adressé à :

**Rapport médical AI (002.099) pour l'examen du droit d'une personne assurée à : mesures de réadaptation professionnelle et rente** / (v. 03.2022)

**Stade de la procédure**

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**1. Informations générales**

 **1.1**

Le traitement ambulatoire / hospitalier que vous avez dispensé a eu lieu…

|  |  |
| --- | --- |
|  | du       au       |

Date du dernier contrôle que vous avez effectué :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

Des contrôles ont été effectués précédemment par :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

Des contrôles ont été effectués à une date ultérieure par :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **1.2**

A quelle fréquence voyez-vous le patient / la patiente actuellement ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **1.3**

Quelle est, jusqu’à ce jour, l’évolution de l’incapacité de travail attestée médicalement (pour cent) ?

% de à

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

Pour quelles activités avez-vous attesté une incapacité de travail ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **1.4**

Y a-t-il d’autres intervenants (médecins spécialistes, hôpitaux ou thérapeutes) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

Veuillez joindre les copies des rapports existants.

**2. Situation médicale**

 **2.1**

Antécédents médicaux et évolution de la situation du patient/de la patiente :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.2**

Situation et symptômes médicaux actuels :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.3**

Médication actuelle (y compris le dosage) :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.4**

Constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.5**

Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail :

*(Pour les affections psychiatriques, veuillez indiquer le code CIM-10 ou DSM-5.)*

Quand ces diagnostics ont-ils été posés ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.6**

Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail :

Quand ces diagnostics ont-ils été posés ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.7**

Votre pronostic sur la capacité du travail du patient/de la patiente :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.8**

Prochaines mesures que vous envisagez / votre plan de traitement (thérapies, opérations chirurgicales, médication) :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**3. Situation professionnelle**

 **3.1**

Quelle est l’activité actuelle de votre patient / votre patiente ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 [ ]  *Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question*.

 **3.2**

Quelles sont les informations dont vous disposez sur la situation professionnelle de votre patient / votre patiente ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 [ ]  *Aucune information*.

 **3.3**

A quelles exigences votre patient/patiente doit-il/elle faire face dans son activité professionnelle ?

*(par exemple: effort physique / activité alternée / répétitive / fonction de cadre / travail par rotation d'équipes / travail en équipe / contact avec les clients, ou toute autre particularité.)*

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

Au cas où vous disposez d’une description du poste, veuillez en joindre une copie.

 [ ]  *Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question*.

 **3.4**

Existe-t-il des limitations fonctionnelles ?

Quels effets ont-elles sur l’activité que le patient a exercée jusqu’ici ?

Veuillez décrire les limitations fonctionnelles.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 [ ]  *Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question*.

 **3.5**

Votre patient/votre patiente dispose-t-il/elle de ressources qui pourraient être utiles pour sa réinsertion ?

*(par exemple: connaissances linguistiques / formations continues / activités de la vie quotidienne / activités bénévoles / hobbys / temps libre / contacts avec des amis / voyages.)*

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 [ ]  *Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question*.

 **3.6**

Avez-vous des doutes quant à sa capacité de conduire ?

Lesquels ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 [ ]  *Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question*.

**4. Potentiel de réadaptation**

 **4.1**

Combien d’heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans l’activité qu’il/elle a exercée jusqu’ici ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 [ ]  *Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question*.

 **4.2**

Combien d’heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans une activité qui tienne compte de l’atteinte à sa santé ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.3**

Votre pronostic sur le potentiel de réadaptation du patient/de la patiente :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.4**

Quels sont les facteurs qui font obstacle à une réadaptation ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.5**

Dans quelle mesure votre patient/votre patiente est-il/elle limité/e dans l’accomplissement des tâches ménagères ?

*(Par ex.: tenue du ménage /préparation des repas / nettoyage / achats / lessive / prise en charge des enfants.)*

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 [ ]  *Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question*.

**5. Divers**

Quels autres éléments pourraient entrer en ligne de compte dans l’évaluation de la situation de votre patient ? Avez-vous d’autres informations à nous communiquer ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date :       | Prénom, nom, adresse exacte (cabinet / hôpital+service) et signature du médecin (la signature sous forme électronique suffit) : |

Annexes

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

Nous vous prions de joindre à l’attention de notre service médical des copies des rapports des hôpitaux ou des spécialistes en votre possession ou de nous les indiquer afin que nous puissions nous-mêmes les demander. Veuillez ne pas annexer vos documents originaux : les courriers reçus par l'Office AI sont numérisés dès réception et immédiatement détruits.