|  |  |
| --- | --- |
| 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 (5402) pour apprécier le droit aux prestations de l'AVS : fauteuil roulant** / (v. 04.2022)

**Question(s) complémentaire(s) de l'Office AI** (vos réponses peuvent être faites sur une feuille annexe) :

*Aucune question complémentaire de l'Office AI.*

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**1.** L'atteinte à la santé est imputable à [ ]  une maladie [ ]  un accident

**2.** L'état de santé [ ]  est stationnaire [ ]  va en s'aggravant [ ]  va en s'améliorant

**3.** L’usage d’un fauteuil roulant est

[ ]  indispensable [ ]  recommandé [ ]  facultatif

**4.** Un fauteuil roulant est indiqué pour

[ ]  le long terme [ ]  une convalescence [ ]  une très courte période

Pour un usage

[ ]  quotidien [ ]  fréquent mais irrégulier [ ]  très peu fréquent

**5.** Diagnostic

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**6.** L’assuré(e) a-t-il/elle besoin de l’aide d’autrui pour se mouvoir en fauteuil roulant ?

À l'intérieur [ ]  Oui [ ]  Non

À l'extérieur [ ]  Oui [ ]  Non

**Indication médicale à un équipement spécial
pour fauteuil roulant**

 **(ch. 2021 OMAV 01/2022)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Assuré (e)**: Nom, prénom      | No d‘assuré756.      |

Le soussigné / la soussignée, certifie qu’un fauteuil roulant simple n’est pas suffisant pour compenser les limitations fonctionnelles.

**L’équipement spécial du fauteuil roulant est rendu nécessaire en raison des handicaps suivants :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poids supérieur à 120 kg **Poids :** | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Taille supérieur à 1,85 m ou inférieure à 1,50 m **Taille :** | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Position assise autonome impossible (p.ex. absence de contrôle du tronc) | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Hémiplégie ou hémiparésie | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Tétraplégie ou tétraparésie | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Amputation ou contractures | Oui [ ]  | Non [ ]  |

* L’assuré(e) présente un risque aigu d’escarres : Oui [ ]  Non [ ]
* Un coussin anti-escarres est nécessaire : Oui [ ]  Non [ ]

**Remarques :**

Date Cachet et signature du médecin