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

|  |  |
| --- | --- |
| , | Office de l'Assurance-Invalidité  du canton de Neuchâtel  Rue Chandigarh 2  Case postale 1209  2301 La Chaux-de-Fonds |
| N/réf :       /  Tel. :  V/réf : |

Date de la demande de rapport :

Rapport médical adressé à :

**Rapport médical intermédiaire (5408) en vue de l'actualisation du dossier pour adulte** / (v. 03.2022)

Date de votre précédent rapport médical :

Activité habituelle de votre patient/e :

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

*Aucune question complémentaire de l'Office AI.*

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

**Rapport**

**1.** De quel manière l’état de santé a-t-il évolué depuis votre précédent rapport *(voir date dans le sujet !)* ?

L'état de santé…

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | est-resté stationnaire | s'est aggravé | s'est amélioré |

**2.** Y a-t-il des changements dans les diagnostics ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |

Lesquels ont-ils une influence sur la capacité de travail ?

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

Depuis quand et dans quelle mesure ?

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

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

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

***Nous vous prions de nous joindre 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.***

**4.** A quelle fréquence voyez-vous le patient / la patiente actuellement ? Date de la dernière consultation ?

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

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

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

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

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

**7.** Dans quel laps de temps peut-on s’attendre vraisemblablement à une stabilisation de l’état de santé ?

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

**8.** Quelle est la capacité de travail dans l’activité habituelle *(activité habituelle précisée en sujet !)* ? Depuis ?

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

**9.** Quelles sont les limitations fonctionnelles rencontrées par le patient / la patiente ?

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

**10.** Quelle est la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ? Depuis ?

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

**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 ?

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

**Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date : | Timbre et signature du médecin : |