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

|  |  |
| --- | --- |
| Personne assurée :  , | 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 pour le traitement du droit des enfants et jeunes adultes à :** (v. 03.2022)

Mesures médicales  Moyens auxiliaires  Mesures de réadaptation professionnelle

**Question(s) complémentaire(s) de l'Office AI**

*Aucune question complémentaire de l'Office AI.*

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

**1. Diagnostics**

**1.1**

Diagnostics

En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM 10 ou DSM-VI posés pour la 1ère   
fois le :

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

**1.2**

L’état de santé a-t-il une influence sur la fréquentation de l’école ou la formation professionnelle ?

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

Si oui, de quelle façon et depuis quand ?

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

**1.3**

Y a-t-il une ou plusieurs infirmités congénitales selon l’[OIC-DFI](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2021/708/fr) ?

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

Si oui, chiffre(s)

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

**1.4**

L’état de santé de la personne assurée est…

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | inchangé, identique | s’améliore | s’aggrave |

**1.5**

Des mesures médicales sont-elles susceptibles d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur ?

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

**1.6**

La personne assurée a-t-elle besoin d’un traitement/d’une thérapie ?

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

Si oui, lesquel(le)s ?

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

**1.7**

La personne assurée a-t-elle besoin d’un appareil de traitement ou d’un moyen auxiliaire ?

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

Si oui, lesquels ?

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

**1.8**

Impotence : y a-t-il un besoin d’aide supplémentaire ou de surveillance personnelle comparativement à une personne du même âge en bonne santé ?

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

Si oui: veuillez justifier :

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

**2. Données médicales**

**2.1**

En traitement…

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

**2.2**

Dernier examen du

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

**2.3**

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

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

**2.4**

Constat médical

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

**2.5**

Pronostic

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

**2.6**

Consultations spécialisées

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

**2.7**

Plan de traitement (début / durée)

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

**2.8**

Avez-vous prescrit des mesures thérapeutiques à domicile ?

oui  non

Si oui, lesquelles, à quelle fréquence et pour quelle durée, par qui ?

**3. Signature**

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

**4. 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.

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