

Numéro de sécurité sociale (NSS) :
(A rappeler dans toute correspondance)

Office de l'Assurance-Invalidité
Du canton de Neuchâtel
Rue de Chandigarh 2
Case postale 1209
2301 La Chaux-de-Fonds

Rapport médical

Rapport médical pour le traitement du droit des personnes assurées âgées de moins de 20 ans : - - -

Rapport adressé à :

Questions complémentaires

Prière de répondre également aux questions complémentaires sur la feuille annexée

Personne assurée (prénom, nom)

Date de naissance

Numéro d'assuré

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?

Depuis quand?

> **1.3**

Y a-t-il une ou plusieurs infirmités congénitales selon l'OIC?

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, lequel(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**

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

Prénom, nom, date et signature du médecin

Adresse exacte (cabinet/service)

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. Les rapports originaux seront retournés après que nous en ayons pris connaissance.
