

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 adressé à :

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

**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

Diagnostiques 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

Diagnostiques 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 / hobbies / 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/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.