

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 (5402) pour apprécier le droit aux prestations de l'AVS : fauteuil roulant

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

- | | | | | |
|----|---------------------------------------|---|---|--|
| 1. | L'atteinte à la santé est imputable à | <input type="checkbox"/> une maladie | <input type="checkbox"/> un accident | |
| 2. | L'état de santé | <input type="checkbox"/> est stationnaire | <input type="checkbox"/> va en s'aggravant | <input type="checkbox"/> va en s'améliorant |
| 3. | L'usage d'un fauteuil roulant est | <input type="checkbox"/> indispensable | <input type="checkbox"/> recommandé | <input type="checkbox"/> facultatif |
| 4. | Un fauteuil roulant est indiqué pour | <input type="checkbox"/> le long terme | <input type="checkbox"/> une convalescence | <input type="checkbox"/> une très courte période |
| | Pour un usage | <input type="checkbox"/> quotidien | <input type="checkbox"/> fréquent mais irrégulier | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| À l'extérieur | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Indication médicale à un équipement spécial pour fauteuil roulant

Assuré (e): Nom, prénom	N° d'assuré

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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Taille supérieur à 1,85 m ou inférieure à 1,50 m Taille :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Position assise autonome impossible (p.ex. absence de contrôle du tronc)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hémiplégie ou tétraplégie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Amputation ou contractures	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

- L'assuré(e) présente un risque d'escarres majeur
Oui
Non
- Un coussin anti-escarres est-il nécessaire ?
Oui
Non

Remarques :

Date

Cachet et signature du médecin