|  |  |
| --- | --- |
| 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 AI (5404) pour les personnes âgées de moins de 20 ans** / (v. 03.2022)

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

*Aucune question complémentaire de l'Office AI.*

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

**1.** Évolution, modifications du status, nouveaux diagnostics éventuels :  
(en cas d'infirmité(s) congénitale(s), prière d'indiquer le(s) chiffre(s) OIC)

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

**2.** Plan de traitement (début / fin) / Pronostic :

Genre de la mesure ? Depuis quelle date ?

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

Quelle est la durée prévue du traitement ? Combien de séances par semaine / par mois ?

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

Quelle durée pour chaque séance ? Dans quel but le traitement est-il prescrit ?

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

Prière de joindre le(s) rapport(s) du thérapeute qui sont en votre possession.

**3.** L'état de santé de la personne assurée l'empêche-t-elle de se rendre à l'école ou de suivre une formation professionnelle ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui. Depuis quand ? : | Non |

**4.** Par rapport à une personne non handicapée et du même âge, les frais supplémentaires d'assistance et de surveillance personnelle découlant du handicap se sont-ils modifiés ?

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

**5.** Avez-vous prescrit des traitements à domicile ?

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

Si oui, lesquels, fréquence et durée, par qui ?

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

**6.** Date du dernier examen médical

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

**Annexes**

Nous vous prions de joindre à l’attention de notre service médical une copie des rapports d’hôpitaux ou de médecins spécialistes ou de les désigner avec précision, de manière à ce que nous puissions en exiger nous-mêmes la production. Veuillez ne pas annexer vos documents originaux : les courriers reçus par l'Office AI sont numérisés dès réception et immédiatement détruits.

**Signature**

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