

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 intermédiaire (5408) en vue de l'actualisation du dossier pour adulte**

Date de votre précédent rapport médical :

Activité habituelle de votre patient/e :

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

---

**Rapport**

1. De quel manière l'état de santé a-t-il évolué depuis votre précédent rapport *(voir date dans le sujet !)* ?

L'état de santé :

est-resté stationnaire

s'est aggravé

s'est amélioré

2. Y a-t-il des changements dans les diagnostics ?  
Lesquels ont-ils une influence sur la capacité de travail ?

oui

non

---

Depuis quand et dans quelle mesure ?

---

3. Y a-t-il d'autres intervenants (médecins spécialistes, hôpitaux ou thérapeutes) ?

---

***Nous vous prions de nous joindre 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.***

4. A quelle fréquence voyez-vous le patient / la patiente actuellement ? Date de la dernière consultation ?

5. Votre pronostic sur la capacité du travail du patient/de la patiente :

6. Prochaines mesures que vous envisagez / votre plan de traitement (thérapies, opérations chirurgicales, médication) :

7. Dans quel laps de temps peut-on s'attendre vraisemblablement à une stabilisation de l'état de santé ?

8. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle (*activité habituelle précisée en sujet !*) ? Depuis ?

9. Quelles sont les limitations fonctionnelles rencontrées par le patient / la patiente ?

10. Quelle est la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ? Depuis ?

**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 ?

**Signature**

Date :                      Timbre et signature du médecin :