|  |  |
| --- | --- |
| 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 impotence (5421) / pour personnes handicapées de la vue (*grave faiblesse de la vue selon les critères en vigueur dans l'AVS - AI*)** / (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.*

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

**Rapport**

**1.** Examen du En traitement du au

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

**2.** Hospitalisation(s) : des séjours en établissement pour traitement(s) curatif(s) ont-ils été suivis ces 3 dernières années ou sont-ils prévus ?

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

Si oui, veuillez les énumérer :

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

**3.** Diagnostics (prière de souligner les principaux)

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

**4.** 4. Quelle est la vision corrigée ddc ? Si inférieure à 0,2, depuis quand ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Œil gauche : |  |
|  | Œil droit : |  |

**5.** Existe-t-il une limitation bilatérale du champ visuel atteignant 10 degrés à partir du centre (20 degrés de diamètre horizontal) ?

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

Si oui, depuis quand ?

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

**6.** Existe-t-il d’autres atteintes du champ visuel (p. ex. pertes sectorielles ou en croissant, hémianopsies, scotome central) ?

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

Si oui, lesquelles et depuis quand ?

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

**7.** L'état de santé peut-il être amélioré par des mesures médicales ?

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

Si oui, lesquelles ?

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

**8.** L'impotence peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires appropriés ?

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

Si oui, lesquels ?

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

**9.** Pronostic

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | est stationnaire | susceptible d'amélioration | va s'aggravant |

**10.** A votre connaissance, l'assuré(e) présente-t-il(elle) d'autres handicaps physiques ou sensoriels aggravant sa dépendance à autrui pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ?

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

**Signature**

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