|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de sécurité sociale (NSS) : 756.     (A rappeler dans toute correspondance) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ,  | Office de l'Assurance-Invalidité  du canton de NeuchâtelRue Chandigarh 2Case postale 12092301 La Chaux-de-Fonds |
| N/réf :       /      Tel. :      V/réf :       |

Date de la demande de rapport :

Rapport médical adressé à :

**Rapport médical (5438) pour apprécier le droit à la prise en charge des frais de chaussures** / (v. 03.2022)

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

*Veuillez également répondre aux questions de la feuille annexée. Merci..*

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**1.** Diagnostics : Existant depuis quand ?

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

**2. Questions générales au médecin**

 **2.1** L'état de santé de la personne assurée :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | [ ]  est stationnaire | [ ]  s'améliore | [ ]  s'aggrave |

 **2.2** Un examen médical complémentaire est-il nécessaire ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui | [ ]  Non |

**3. Données médicales**

 **3.1** Traitement…

|  |  |
| --- | --- |
|  | du       au       |

 **3.2** Dernier examen le…

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**3.3** Anamnèse

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.4** Plaintes subjectives

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.5** Constatations objectives

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.6** Examens médicaux spécialisés

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.7** Thérapie / Pronostic

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**4. 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.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

En particulier, votre patient(e) a-t-il(elle) été soumis(e) à une ou plusieurs expertises ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui | [ ]  Non |

 Le cas échéant auprès de quel(s) médecin(s) et à l’instigation de quelle(s) institution(s) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 Pouvez-vous SVP nous remettre les rapports établis ?

 **Signature**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de sécurité sociale (NSS) : 756.     (A rappeler dans toute correspondance),  |  |
|  |
|  |

*Rapport médical adressé à :*

**Annexe au rapport médical (5438)** (veuillez observer les remarques indiquées en page suivante concernant le type de chaussures).

**Questions complémentaires :**

**1.** Description des anomalies des pieds (dans la mesure du possible, veuillez joindre les radiographies ou copies de rapports radiologiques, le podogramme ou le contour du pied).

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**2.** Quelle est la différence de taille des jambes ou des pieds ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**3.** Y a-t-il des difficultés dans le port de chaussures de série ? Quelle en est la cause ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**4.** Y a-t-il une surcharge particulière sur les pieds dans la vie quotidienne ou professionnelle ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**5.** Le port de chaussures de série munies de supports plantaires amovibles est-il suffisant ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**6.** Le port de chaussures de série de tailles différentes peut-il suffire à résoudre le problème ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**7.** L'invalidité entraîne-t-elle une usure excessive des chaussures de série ? Si oui, pourquoi ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**8.** Le port de chaussures de série munies de modifications orthopédiques est-il nécessaire ? Si oui, quel genre de modifications ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**9.** Des chaussures spéciales, éventuellement avec des modifications orthopédiques, sont-elles nécessaires ? Si oui, quel genre de modifications ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**10.** Des chaussures orthopédiques de série, éventuellement avec des modifications, sont-elles nécessaires ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**11.** Le port de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure est-il nécessaire ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **Signature**

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

**Remarques concernant les types de chaussures**

**Chaussures de série :**

Les chaussures de série sont les chaussures que l'on trouve en confection. L'AI prend à sa charge les modifications onéreuses ou garantit une contribution financière en cas d'usure excessive due à l'invalidité.

**Chaussures spéciales :**

Les chaussures spéciales comprennent les chaussures de série fabriquées en confection munies d'éléments spéciaux visant à faciliter le déroulement, l'amortissement, la régulation ou la stabilisation, et qui sont donc destinées à soulager les déficits fonctionnels. Ces chaussures ne nécessitent généralement peu ou pas de corrections. Cette catégorie ne comprend pas (et aucune prestation n'est octroyée pour celles-ci) les chaussures de confort, les chaussures de série de haute qualité ainsi que les chaussures spéciales telles que chaussures de sport, pantoufles de gymnastique et de jogging, etc.

**Chaussures orthopédiques de série :**

Il s'agit d'un type de chaussures fabriquées en série, et qui sont disponibles sous forme semi-finie. Ces chaussures n'ont aucun lit plantaire. Celui-ci est donc fabriqué et monté individuellement par le bottier-orthopédiste diplômé. Une fois terminé, ce type de chaussure est assimilé à une chaussure sur mesure.