|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invalidité Impasse de la Colline 1, Case postale, 1762 Givisiez |  |  |
| Nom et adresse du médecin |  | **Numéro AVS :**  **Demande du**  **Réf :**  **T**  **V/réf.** |
| Givisiez, |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Nom, prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Annexe au rapport médical – Réinsertion professionnelle**

**Indications concernant l'évaluation de la réinsertion professionnelle et/ou de la demande de rente**

1. Questions concernant l'activité exercée jusqu'ici

1.1. Quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici ?

1.2. L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible ?  oui  non

Si oui, dans quelle mesure (heures par jour, par exemple) ?

1.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?  oui  non

Si oui, dans quelle mesure ?

2. Questions concernant une éventuelle réinsertion professionnelle

2.1. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent ?  oui  non

Si oui, quelles mesures peut-on exiger (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, aménagement du poste de travail, etc.) ?

De quelle manière ces mesures peuvent-elles influencer la capacité de travail?

2.2. Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité ?  oui  non

2.2.1. Si oui

Quel genre d'activité est envisageable ?

A quoi faudrait-il être particulièrement attentif ?

Dans quelle mesure cette activité peut-elle être exercée (heures par jour) ?

2.2.2. Dans ce cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution du rendement ?

oui  non

Si oui, dans quelle mesure ?

2.2.3. Si plus aucune autre activité n'est exigible, quelle en est la raison ?

3. Suggestions, autres demandes :

4.1 La personne a les capacités fonctionnelles suivantes (en cas d'activité professionnelle) ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| **oui** | **non** | position assise  ..................... heures / jour | **oui** | **non** | parcours à pied (périmètre de marche  max. .............. mètres) |
|  |  | position debout  ..................... heures/ jour |  |  | utilisation des 2 bras - mains / gauche - droite  complète / limitations :............................ |
|  |  | la même position du corps pendant longtemps  ........................... heures/ jour |  |  | lever, porter ou déplacer des charges :  poids raisonnable : kg..................... |
|  |  | alternance des positions assis / debout |  |  | se baisser |
|  |  | alternance assis / debout / marche |  |  | mouvements des membres ou du dos  occasionnels / répétitifs :: ............................ |
|  |  | position à genoux |  |  | horaire de travail irrégulier / de nuit / matin |
|  |  | inclinaison du buste |  |  | travail en hauteur / sur une échelle |
|  |  | position accroupie |  |  | déplacements sur sol irrégulier ou en pente |
|  |  | fonctionnement intellectuel normal |  |  | comportement acceptable par l'entourage |

4.2 Environnement à éviter :

froid  bruit  poussières

* 1. Motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel :

bonne  partielle  faible

* 1. Absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical :

faible  moyen  importants

4.5 Possibilités d'utiliser les transports publics :  oui  non : pourquoi ?

Date Cachet et signature du médecin