|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invaliditéImpasse 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**

**Rapport médical intermédiaire en vue de la demande de l’allocation pour impotent dès le**

[ ]  Veuillez également répondre aux questions de la feuille annexée.

**Etat de santé :** stationnaire ? [ ]
 aggravé ? [ ]  depuis quand ?
 amélioré ? [ ]  depuis quand ?

1. Diagnostics **actuels** avec effet sur l’allocation pour impotent (en cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM 10 ou DSMAI) :

 Existant depuis quand ?

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

1. Évolution / Modification du status ?

1. Liste des médicaments pris actuellement (y compris posologie) :

1. Mesures thérapeutiques / Pronostic :

1. La personne assurée a-t-elle besoin, malgré l’usage de moyens auxiliaires, de l’aide régulière et importante d’autrui, pour accomplir les actes ordinaires de la vie ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | oui | non | depuis quand ? |  | Oui | Non | depuis quand ? |
| Se vêtir/se dévêtir  | [ ]  | [ ]  |  | Aller aux toilettes (seulement se nettoyer) | [ ]  | [ ]  |  |
| Se lever/s’asseoir/se coucher | [ ]  | [ ]  |  | Se déplacer | [ ]  | [ ]  |  |
| Manger  | [ ]  | [ ]  |  | Entretenir des contacts sociaux | [ ]  | [ ]  |  |
| Soins du corps | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | de jour | de nuit | non | depuis quand ? |
| Nécessite la personne assurée des soins permanents ? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Nécessiste la personne assurée une surveillance personnelle permanente ? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |

**Uniquement pour les personnes assurées qui ne résident pas dans un home**

Est-ce que la personne assurée a besoin, à cause de son atteinte à la santé, d'un accompagnement régulier et permanent pour faire face aux nécessités de la vie (vivre de manière indépendante, avoir des activités et entretenir des contacts sociaux à l'extérieur ou éviter un isolement durable du monde extérieur)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | oui [ ]  | non [ ]  | depuis quand ? |

1. Pensez-vous qu'un examen médical complémentaire soit indiqué ? [ ]  oui [ ]  non
2. Date du dernier examen médical :
3. Quelle est la fréquence des consultations ?
4. Informations supplémentaires, remarques et propositions :

1. **Annexes**

Le service médical de l'office AI vous prie de lui envoyer les rapports d'hospitalisation et des spécialistes ou alors de lui fournir la désignation exacte de ces documents pour qu'il puisse se les procurer lui-même. D'avance il vous en remercie. Les rapports originaux vous seront retournés après consultation.

Date Cachet et signature du médecin