|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom) | Date de naissance | Numéro d’assuré  756. |
| Médecin (prénom, nom) |  |  |

1. D’un point de vue strictement psychiatrique : indiquer quelle est/sont l’atteinte/les atteintes à la santé que vous avez diagnostiquée/s en termes de la classification CIM 10 ?

|  |
| --- |
|  |

1. Merci de nous fournir une anamnèse la plus détaillée possible.

|  |
| --- |
|  |

1. Merci de nous fournir un status psychiatrique détaillé (constatations objectives lors de vos consultations).

|  |
| --- |
|  |

1. Merci de décrire, dans la mesure du possible, le déroulement d’une journée type de votre patient/e ?

|  |
| --- |
|  |

1. Indiquer quelle est la répercussion de l’atteinte/des atteintes à la santé à la santé invoquée/s dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales).

|  |
| --- |
|  |

1. Merci de détailler les ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles l’assuré peut compter (soutien de l’assuré par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, etc.) ?

|  |
| --- |
|  |

1. D’un point de vue strictement psychiatrique : indiquer quelle/s est/sont l’atteinte/les atteintes à la santé qui **ont** un impact sur la capacité de travail de votre patient/e en termes de la classification CIM 10.

|  |
| --- |
|  |

1. D’un point de vue strictement psychiatrique : indiquer quelle/s est/sont l’atteinte/les atteintes à la santé qui **n’ont pas** d’impact sur la capacité de travail de votre patient/e, en termes de la classification CIM 10.

|  |
| --- |
|  |

1. D’un point de vue strictement psychiatrique : quelle est la capacité de travail de votre patient/e dans son activité habituelle, à quel taux (exprimé sur un 100% ou en nombres d’heures par jour) et depuis quand ?

|  |
| --- |
|  |

1. Quelles sont les limitations fonctionnelles liées à l’atteinte/aux atteintes à la santé que vous retenez comme incapacitante/s ? Merci de détailler.

|  |
| --- |
|  |

1. D’un point de vue strictement psychiatrique : quelle est/serait la capacité de travail de votre patient/e dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ? Depuis quand une telle activité est/aurait-elle été possible ? Merci d’exprimer le taux sur un 100% ou un terme d’heures/jour.

|  |
| --- |
|  |

1. Quelle a été l’évolution de l’état de santé de votre patient/e depuis le début (spécifier la date) de votre prise en charge ? Avec quel traitement (psychotropes dose, psychothérapie nombre de séances/mois) ?

|  |
| --- |
|  |

1. Merci d’indiquer l’observance thérapeutique (merci de fournir le taux sérique des psychotropes si effectué). En cas de non compliance merci d’indiquer si le traitement préconisé (spécifier) aurait pu permettre une amélioration de l’état de santé de votre patient/e et par conséquent de sa capacité de travail et dans quel délai ?

|  |
| --- |
|  |

1. Merci de nous fournir toutes les pièces médicales (rapports de consultation, d’hospitalisation, imagerie, bilans neuropsychologiques etc.) que vous jugez nécessaires afin d’étayer vos considérations.

|  |
| --- |
|  |

Date

|  |
| --- |
|  |

Prénom, nom et signature du médecin (la signature sous forme électronique suffit)

|  |
| --- |
|  |

Annexes

|  |
| --- |
|  |