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

**1. ETAT DE SANTE**

* 1. Traitement ambulatoire par vous-même :

Depuis

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

Date du dernier contrôle

|  |
| --- |
|  |

Avant vous, par le

|  |
| --- |
|  |

Après vous, par le

|  |
| --- |
|  |

1.2 Séjour hospitalier/cure

Où ?

|  |
| --- |
|  |

Date d’entrée Date de sortie

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

1.3 Anamnèse (évolution chronologique depuis l’octroi de la rente)

|  |
| --- |
|  |

Constat médical

|  |
| --- |
|  |

1.4 Evolution et modifications de l’état de santé depuis l’octroi de la rente

|  |
| --- |
|  |

1.5 Symptômes actuels / état de santé actuel.

|  |
| --- |
|  |

1.6 Diagnostics avec effet sur la capacité de travail (en cas de maladies psychiques, merci de donner le code CIM 10 ou DSM-IV).

|  |
| --- |
|  |

1.7 Nature et importance du traitement actuel ainsi que la fréquence des consultations (nom et dosage des médicaments ainsi qu’un éventuel monitoring sanguin réalisé)

|  |
| --- |
|  |

Recommandations pour la future thérapie

|  |
| --- |
|  |

1.8 Pronostic

|  |
| --- |
|  |

1.9 Si pronostic favorable, pouvons-nous nous attendre à une amélioration de l’état de santé à court et moyen terme ?  oui  non

Si oui, dans quel délai ?

**2. ACTIVITE**

2.1 La capacité de travail dans **l’activité habituelle** s’est-elle améliorée ou péjorée depuis la dernière décision ?  oui  non

Si oui, merci de nous

* décrire brièvement les **circonstances médicales** qui ont évolué ;
* préciser la **capacité de travail** (Depuis quand ? A quel taux ?) ;

* décrire les **limitations fonctionnelles existantes** physiques, mentales ou psychiques.

|  |
| --- |
|  |

2.2 D’un point de vue médical, quelle est la capacité de travail théorique dans une **activité adaptée** aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessus ? Et depuis quelle date ?

|  |
| --- |
|  |

2.3 Informations supplémentaires, remarques et propositions

|  |
| --- |
|  |

**3. LIMITATIONS FONCTIONNELLES**

3.1 Quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l’état de santé, dans le cadre d’une activité adaptée à son handicap ? Veuillez séparer en activités/durée/performance (rendement).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | Oui | Non | A raison de quelle durée est-ce  exigible? | | | Avec quelle performance?  Données en % | |
| Temps complet :  Oui/non | | Au cas où ce n'est pas exigible toute la journée, nombre d'heures par jour et pourquoi ? |
| Activités uniquement en position assise | | |  |  |  | |  |  | |
| Activités uniquement en position debout | | |  |  |  | |  |  | |
| Activités dans différentes positions | | |  |  |  | |  |  | |
| Activités exercées principalement en marchant (terrain irrégulier ?) | | |  |  |  | |  |  | |
| Se pencher | | |  |  |  | |  |  | |
| Travailler avec les bras au-dessus de la tête | | |  |  |  | |  |  | |
| Accroupi | | |  |  |  | |  |  | |
| À genoux | | |  |  |  | |  |  | |
| Rotation en position assise/en position debout | | |  |  |  | |  |  | |
| Soulever/porter (près/loin du corps ?) | | |  |  |  | |  |  | |
| Monter sur une échelle/un échafaudage | | |  |  |  | |  |  | |
| Monter les escaliers | | |  |  |  | |  |  | |
| Autres (par ex. Limité dans l'utilisation des deux mains) ? | | |  |  |  | |  |  | |
| Soulever/porter (près/loin du corps) | | |  |  | Limite de poids : | | | | |
|  | Non limitée | | | | Limitée : genre | | |
| Capacité de concentration |  | | | | : | | |
| Cap. de compréhension |  | | | | : | | |
| Capacité d’adaptation |  | | | | : | | |
| Résistance |  | | | | : | | |

3.2 Aptitude à se déplacer  oui  non

Depuis quand ces indications sont-elles valables ?

|  |
| --- |
|  |

3.3 Y a-t-il des points particuliers à respecter (par ex. une augmentation progressive de la capacité de travail, une place de travail calme, etc.) ?

|  |
| --- |
|  |

3.4 Y a-t-il besoin d’utiliser des moyens auxiliaires ?  oui  non

Si oui, lesquels ?

|  |
| --- |
|  |

**4. SIGNATURE**

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

|  |
| --- |
|  |

Adresse exacte (cabinet/service)

|  |
| --- |
|  |