|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom)      | Date de naissance      | Numéro d’assuré756.     |
| Médecin spécialiste (prénom, nom)       |  |  |

1. Merci de fournir une anamnèse et un status (constatations objectives) les plus détaillés possible.

|  |
| --- |
|  |

2. Quel(s) est (sont), d’un point de vue de votre spécialité, le(s) diagnostic(s) **avec** répercussion durable sur la capacité de travail ? Merci de préciser les diagnostics selon une classification internationale reconnue (CIM-DSM).

|  |
| --- |
|  |

3. Quel(s) est (sont), d’un point de vue de votre spécialité, le(s) diagnostic(s) **sans** répercussion durable sur la capacité de travail ? Merci de préciser les diagnostics selon une classification internationale reconnue (CIM-DSM).

|  |
| --- |
|  |

4. Depuis quand suivez-vous votre patient (date de la 1ère consultation) ?

Quelle est la fréquence du suivi médical (nombre de consultations par mois) ?

Quel est le traitement ? Merci de préciser les médicaments et leur posologie. Merci de préciser la nature des thérapies prescrites ou effectuées.

Quelles sont vos propositions thérapeutiques pour le futur ?

|  |
| --- |
|  |

5. Merci d’indiquer l’observance thérapeutique (en cas de psychotropes, merci de fournir les résultats des monitorings sanguins si effectués).

En cas de non compliance, merci d’indiquer si le traitement préconisé aurait pu permettre une amélioration de l’état de santé de votre patient-e et dans quel délai ?

|  |
| --- |
|  |

6. Quelle a été l’évolution de l’état de santé de votre patient depuis le début de la prise en charge ? Est-ce que l’état de santé est stationnaire, si oui, depuis quand ?

|  |
| --- |
|  |

7. Quel est le pronostic ?

|  |
| --- |
|  |

8. Quelles sont les **limitations fonctionnelles** qui découlent du(des) diagnostic(s) ayant un impact durable sur la capacité de travail ?

|  |
| --- |
|  |

9. Quelles sont les répercussions du(des) diagnostic(s) durablement incapacitants dans les activités courantes de la vie (ménage, loisirs, activités sociales, etc.) ?

Pouvez-vous détailler le déroulement d’une journée type de votre patient ?

|  |
| --- |
|  |

10. Quelles sont les ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles votre patient/e peut compter (soutien par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, projets professionnels, de formation ou autres, etc.) ?

|  |
| --- |
|  |

11. Votre patient/e est-il/elle médicalement apte à suivre une mesure de réadaptation professionnelle adaptée aux limitations décrites sous 8 ? Si oui, depuis quand ? A quel taux de présence ou combien d’heure par jour / semaine ?

|  |
| --- |
|  |

12. D’un point de vue de votre spécialité, quelle est la **capacité de travail dans son activité habituelle** (merci de préciser l’activité) ? A quel taux (exprimé sur un 100% ou en nombres d’heures par jour) ? Depuis quand ?

Si aucune capacité dans l’activité habituelle n’est possible actuellement, est-ce qu’une reprise est envisageable ultérieurement, cas échéant dans quel délai ? Si non, pourquoi ?

|  |
| --- |
|  |

13. D’un point de vue de votre spécialité, quelle est la **capacité de travail** **dans une activité adaptée** aux limitations fonctionnelles décrites sous 8. ? A quel taux (exprimé sur un 100% ou en nombres d’heures par jour) ? Depuis quand ?

Si aucune capacité dans une activité adaptée n’est possible actuellement, pouvez-vous en expliquer les raisons ? Est-ce qu’une capacité dans une activité adaptée est envisageable ultérieurement, cas échéant dans quel délai ? Si non, pourquoi ?

|  |
| --- |
|  |

14. Quelles sont vos remarques éventuelles ?

|  |
| --- |
|  |

15. Merci de nous fournir toutes les pièces médicales que vous jugez nécessaires afin d’étayer vos considérations (rapports d’hospitalisation, bilan biologique, imageries, etc.) et notamment les pièces médicales suivantes selon votre spécialité :

* Psychiatrie : dosage sérique des psychotropes, bilan neuropsychologique
* Cardiologie : US cardiaque, Holter, test d’effort ;
* Pneumologie : test de fonctions pulmonaires, test d’effort, polysomnographie, gazométrie ;
* Gastroentérologie : rapports endoscopie ;
* Neurologie : ENMG, bilans neuropsychologiques ;
* Ophtalmologie : évaluation du champ visuel et de l’acuité visuelle sans et avec correction ;
* Oncologie : tumor board, lettres de consultation.
* ORL : audiométrie et VGN si disponible

Date

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

Annexes

|  |
| --- |
|  |