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

1. Merci de nous fournir un status détaillé (anamnèse et constatations objectives).

|  |
| --- |
|  |

2 Quels sont les diagnostics avec répercussion sur la capacité à acquérir une formation ? Indiquer aussi le pronostic de ladite atteinte (desdites atteintes) ? En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM ou DSM ainsi que la date de la 1ère fois ce diagnostic a été posé.

|  |
| --- |
|  |

3 Quelle a été l’évolution de l’état de santé de votre patient/e depuis le début de votre prise en charge (spécifier la date) ? Avec quel traitement (spécifier SVP le nom des médicaments prescrits, la dose et l’observance thérapeutique). En cas de non compliance merci d’indiquer si le traitement préconisé (spécifier) permettrait une amélioration de l’état de santé de votre patient et dans quel délai ?

|  |
| --- |
|  |

4 Merci de détailler les restrictions fonctionnelles qui découlent de l’atteinte (des atteintes) que vous avez retenue comme ayant un impact sur les capacités fonctionnelles ?

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. D’un point de vue strictement médical : votre patient/e est-il/ellecapable de poursuivre/entamer une formation professionnelle ? Merci d’argumenter votre réponse.

|  |
| --- |
|  |

1. Merci de nous fournir toutes les pièces médicales que vous jugez nécessaire afin d’étayer vos considérations (rapports spécialisés, rapport de bilan neuropsychologique avec test de QI, imagerie, rapports d’hospitalisation, etc.).

|  |
| --- |
|  |

Date

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

Annexes

|  |
| --- |
|  |