|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**

En lien avec l’exercice d’une activité professionnelle, quelles sont limitations fonctionnelles liées à l’atteinte à la santé de votre patient-e (ex. effort physique / activité alternée / répétitive / fonction de cadre / travail par rotation d'équipes / travail en équipe / contact avec les clients, ou toute autre particularité, etc.) ?

|  |
| --- |
|  |

**4. SIGNATURE**

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

|  |
| --- |
|  |

Adresse exacte (cabinet/service)

|  |
| --- |
|  |