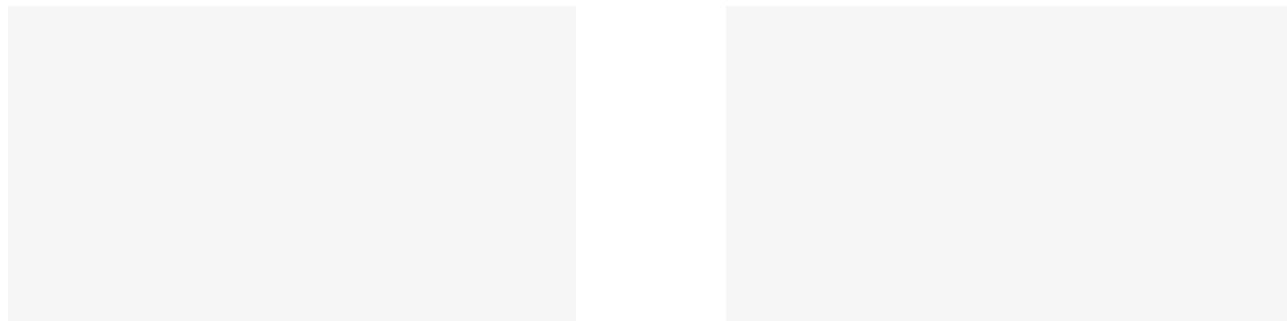


## Rapport médical: Réadaptation professionnelle/Rente

**choisir une canton**



### **Instruction pour une intégration professionnelle AI: Prière de compléter le rapport médical et de le retourner**

Docteur,

Votre patient/votre patiente souffre d'une atteinte à sa santé qui a conduit au dépôt d'une demande AI. Nous souhaitons évaluer rapidement le cas et avons besoin de votre collaboration compétente. Nous vous prions donc de répondre aux questions du formulaire ci-joint dans la mesure où elles se rapportent à votre spécialité et pour autant que le dossier de votre patient/votre patiente le permette. Nous vous demandons également de bien vouloir joindre les copies des rapports en votre possession.

#### **Informations**

Souhaitez-vous savoir comment fonctionne la collaboration avec les offices AI? Vous trouverez les informations nécessaires sur [www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch). Ce questionnaire a été établi en collaboration de la FMH.

Pour les questions médicales, veuillez-vous adresser à notre service médical régional.

Vous pouvez facturer la rédaction du rapport médical et les entretiens avec nos services selon le Tarmed.

En vous remerciant par avance

## Rapport médical: Réadaptation professionnelle/ Rente

## **Données personnelles**

Nom	Prénom		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Numéro postal, lieu	Rue, numéro		
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Sexe	Date de naissance	N° AVS	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Stade de la procédure

## Contact

Avez-vous des questions concernant l'avancement du dossier?

Au cas où nous devons vous appeler: quand pouvons-nous vous atteindre et sous quel numéro?

Au cas où nous voulons vous appeler: quand pouvons-nous vous atteindre et sous quel numéro?

## 1 Informations générales

1.1

Le traitement ambulatoire / hospitalier que vous avez dispensé a eu lieu  
du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Date du dernier contrôle \_\_\_\_\_

Des contrôles ont été effectués précédemment par

Des contrôles ont été effectués à une date ultérieure par

1.2

A quelle fréquence voyez-vous le patient / la patiente actuellement?

1.3

Quelle est, jusqu'à aujourd'hui, l'évolution de l'incapacité de travail attestée médicalement (en pour cent)?

Pour quelles activités avez-vous attesté une incapacité de travail?

1.4

Y a-t-il d'autres intervenants (médecins spécialistes, hôpitaux ou thérapeutes)?

*Veuillez joindre les copies des rapports existants.*

## 2 Situation médicale

2.1

## Antécédents médicaux et évolution de la situation du patient/de la patiente

---

**2.2**

Situation et symptômes médicaux actuels

---

**2.3**

Médication actuelle (y compris le dosage)

---

**2.4**

Constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués

---

**2.5**

Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail  
(pour les affections psychiatriques, veuillez indiquer le code CIM-10 ou DSM-5.)  
Quand ces diagnostics ont-ils été posés?

---

---

**2.6**

Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail

Quand ces diagnostics ont-ils été posés?

---

**2.7**

Votre pronostic sur la capacité du travail du patient/de la patiente

---

**2.8**

Prochaines mesures que vous envisagez / votre plan de traitement (thérapies, opérations chirurgicales, médication)

---

### **3 Situation professionnelle**

#### **3.1**

Quelle est l'activité actuelle de votre patient / votre patiente?

Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

#### **3.2**

Quelles sont les informations dont vous disposez sur la situation professionnelle de votre patient / votre patiente?

Aucune information

#### **3.3**

A quelles exigences votre patient/patiente doit-il/elle faire face dans son activité professionnelle? (par exemple: effort physique / activité alternée / répétitive / fonction de cadre / travail par rotation d'équipes / travail en équipe / contact avec les clients, ou toute autre particularité.)

Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

*Au cas où vous disposez d'une description du poste, veuillez en joindre une copie.*

#### **3.4**

Existe-t-il des limitations fonctionnelles? Quels effets ont-elles sur l'activité que le patient a exercée jusqu'ici? Veuillez décrire les limitations fonctionnelles.

Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

#### **3.5**

Votre patient/votre patiente dispose-t-il/elle de ressources qui pourraient être utiles pour sa réinsertion? (par exemple: connaissances linguistiques / formations continues / activités de la vie quotidienne / activités bénévoles / hobbies / temps libre / contacts avec des amis / voyages)

Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

#### **3.6**

Avez-vous des doutes quant à sa capacité de conduire?  
Lesquels?

Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question

---

## **4 Potentiel de réadaptation**

### **4.1**

Combien d'heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans l'activité qu'il/elle a exercée jusqu'ici?

Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question.

### **4.2**

Combien d'heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans une activité qui tienne compte de l'atteinte à sa santé?

### **4.3**

Votre pronostic sur le potentiel de réadaptation du patient/de la patiente

### **4.4**

Quels sont les facteurs qui font obstacle à une réadaptation?

### **4.5**

Quels sont les facteurs qui font obstacle à une réadaptation?

Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question.

---

## **5 Divers**

Quels autres éléments pourraient entrer en ligne de compte dans l'évaluation de la situation de votre patient ? Avez-vous d'autres informations à nous communiquer?

Prénom, nom, adresse exacte (cabinet/service) et signature du médecin (la signature sous forme électronique suffit)

Date

Signature

Annexes