Rapport médical: Réadaptation professionnelle/ Rente

Données personnelles

Nom	Prénom
Numéro d'assuré(e)	**Date de naissance**

Stade de la procédure

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.
Ce questionnaire a été établi en collaboration de la FMH.

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?

No de téléphone	Créneau horaire

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

No de téléphone	Créneau horaire

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 de votre coopération, nous vous prions d'agréer, Docteur, nos salutations les meilleures.

1 Informations générales

1.1

Le traitement ambulatoire / hospitalier que vous avez dispensé a eu lieu

du	au

Date de la dernière consultation

Des consultations ont été effectués précédemment par

Des consultations 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)?

%	de	à

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 / hobbys / 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

Dans quelle mesure votre patient/votre patiente est-il/elle limité/e dans l'accomplissement des tâches ménagères?

(Par ex.: tenue du ménage /préparation des repas / nettoyage / achats / lessive / prise en charge des enfants)

☐ 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?

Date

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

Annexes

IV-Stelle Basel-Stadt
Aeschengraben 9
Postfach
4002 Basel