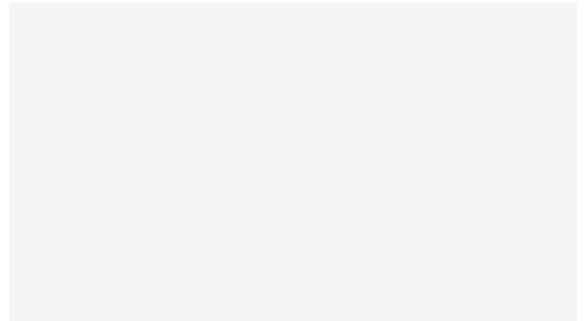
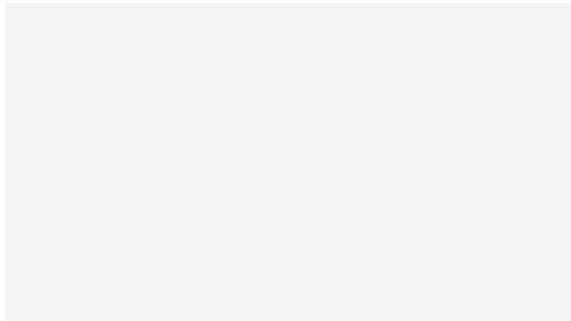


**Contribution d'assistance:**

**Certificat médical attestant la présence d'une phase aiguë**

choisir une canton



**Contribution d'assistance:**

**Certificat médical attestant la présence d'une phase aiguë**

Bonjour

La personne assurée a fait valoir une aggravation vraisemblablement passagère de son état de santé. Afin de nous permettre d'examiner son droit à un supplément, limité dans le temps, pour phase aiguë en sus de la contribution d'assistance en cas d'impotence faible, nous avons besoin des renseignements suivants.

La première partie est à remplir par la personne assurée, son représentant légal ou une personne de confiance.

Les données figurant sur la deuxième page sont à compléter et à motiver par le médecin.

Nous vous prions de répondre dès lors aux questions de la première page et de les faire attester par votre médecin-traitant.

Avec nos meilleures salutations.

---

# Contribution d'assistance: Certificat médical attestant la présence d'une phase aiguë

## Identité

Prénoms	Nom de famille
Date de naissance (jour/mois/année)	Numéro AVS
Numéro de téléphone	Mobile
Numéro postal, lieu	Rue, numéro

### 1. Renseignements sur l'état de santé actuel

A remplir par la personne assurée, son représentant légal ou une personne de confiance

> **1.1**

Description de l'état de santé actuel

> **1.2**

Début de l'aggravation	Durée prévisible de l'aggravation
------------------------	-----------------------------------

> **1.3**

Besoin d'aide supplémentaire dans les domaines d'assistance suivants (sans les prestations caisse-maladie)

#### Actes ordinaires de la vie

- Se vêtir/se dévêtir
- Se lever/s'asseoir/se coucher
- Manger
- Soins du corps
- Aller aux toilettes
- Supplément d'aide aux actes ordinaires de la vie

#### Ménage

- Organisation/Administration
- Alimentation
- Entretien du logement
- Achats et courses diverses
- Lessive et entretien des vêtements

#### Autres

- Participation à la vie sociale/organisation des loisirs
- Formation, travail, soins aux enfants, exercice d'une activité d'intérêt public
- Surveillance
- Prestations de nuit

Description du genre et de l'étendue de l'assistance supplémentaire nécessaire

> **1.4**

#### Signature

Date et signature de la personne assurée ou de son représentant légal

Si cette partie n'a pas été remplie par la personne assurée mais par son représentant légal ou une personne de confiance, prière d'indiquer les nom, prénom et numéro de téléphone de cette personne.

Le supplément est versé au maximum pendant 90 jours consécutifs. La condition est qu'ils soient prévus dans la décision de contribution d'assistance en cas de phase aiguë. Pour chaque établissement de facture à faire valoir en lien avec une phase aiguë, il faut adresser à l'office AI compétent le présent formulaire. Si l'aggravation de l'état de santé perdure, une révision est à examiner.

---

---

## 2. Attestation médicale

Prière de faire remplir par votre médecin-traitant

### > 2.1

#### Raison de l'aggravation aiguë

- Forme de poussée de sclérose  
 Phase prépsychotique  
 Phase aiguë (psychotique ou dépressive)  
 Autre

Laquelle?

---

---

Description de la Phase

---

---

Vos constatations concordent-elles avec celles de la personne assurée, de son représentant légal ou de la personne de confiance?

- oui  non

Si non, en quoi?

---

---

### > 2.2

Pronostic du problème de santé

---

---

Doit-on s'attendre à une aggravation d'une durée supérieure à 3 mois?

- oui  non

Si oui, durée prévisible de la phase actuelle

---

---

### > 2.3

#### Signature

Prénom, nom, date et signature du médecin

---

---

Date

Signature

---

---

Pour la facturation de ce questionnaire, appliquer la position TarMed 00.2205 (rapport intermédiaire AI) . La consultation et les examens nécessités pour le complètement de ce document peuvent nous être facturés selon le tarif.

---