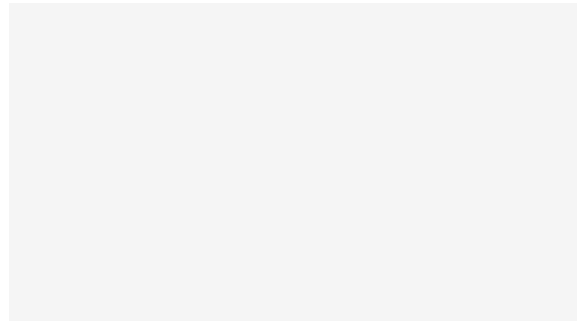
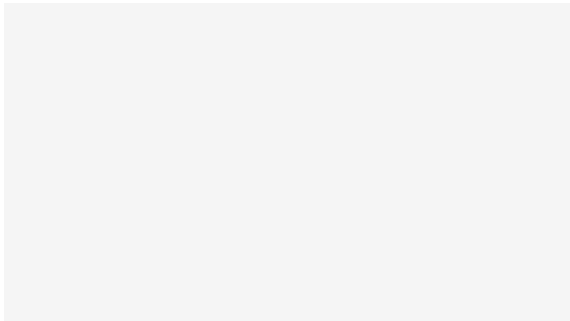


## Rapport médical: Réadaptation professionnelle/Rente

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

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Sexe

Date de naissance

N° AVS

Numéro de téléphone

### 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?

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

---

# 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)?

%	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)?

\_\_\_\_\_

*Veillez 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

Diagnosics 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 tient 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

---

---