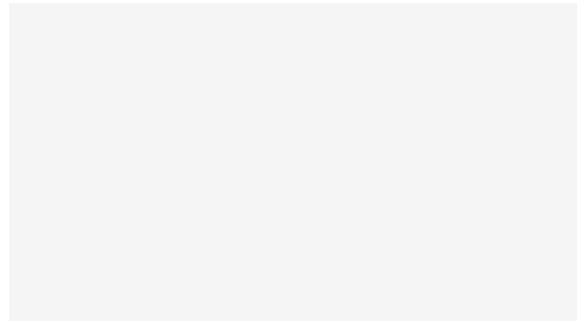
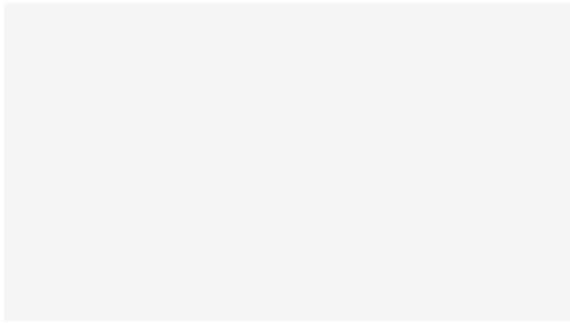


choisir une canton



Assuré(e)

Prénom	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
NPA, Lieu	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>
Date de naiss.	<input type="text"/>
N° AVS	<input type="text"/>

Nom et adresse du médecin

Prénom	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
NPA, Lieu	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
EAN	<input type="text"/>
RCC	<input type="text"/>

Date

Signature

Rapport médical intermédiaire pour les personnes âgées de moins de 20 ans, valable depuis le _____

1. Évolution, modifications du status, nouveaux diagnostics éventuels
(en cas d'infirmités congénitales, prière d'indiquer le chiffre OIC)

2. Plan de traitement (début / fin) / Pronostic

3. L'état de santé de l'assuré(e) l'empêche-t-il(elle) de se rendre à l'école ou de suivre une formation professionnelle

non oui

Si oui: pourquoi et depuis quand?

4. Par rapport à une personne non handicapée et du même âge, les frais supplémentaires d'assistance et de surveillance personnelle découlant du handicap se sont-ils modifiés?

non oui

Si oui: pourquoi et depuis quand?

5. Avez-vous prescrit des traitements à domicile?

non oui

Si oui, lesquels, fréquence et durée, par qui?

6. Date du dernier examen médical | _____

7. Remarques

8. Annexes

Le service médical de l'office AI vous prie de lui envoyer une copie des rapports d'hospitalisation et des spécialistes, ou alors de lui fournir la désignation exacte de ces documents pour qu'il puisse se les procurer lui-même. D'avance il vous en remercie.
