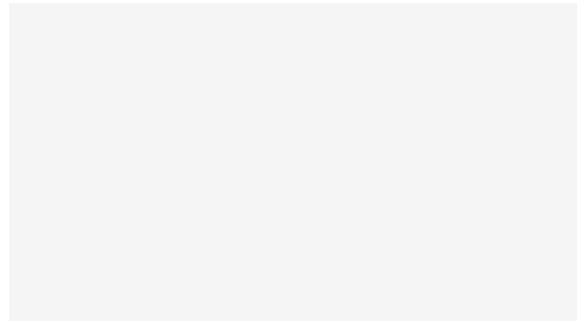
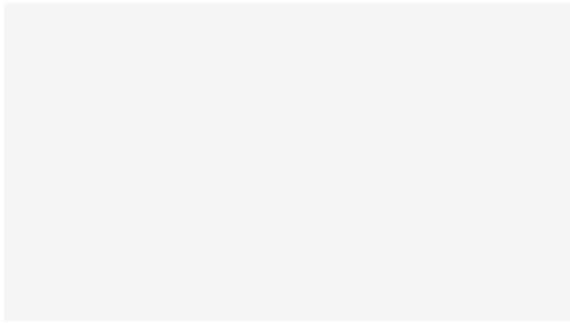


choisir une canton



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"/>
GLN	<input type="text"/>
RCC	<input type="text"/>

Date

Signature

Rapport médical intermédiaire en vue de la révision des prestations pour adultes depuis le _____

1. L'état de santé est-il resté stationnaire? s'est aggravé? amélioré?

2. Y a-t-il des changements dans les diagnostics? non oui

Lesquels ont-ils une influence sur la capacité de travail?

Depuis quand et dans quelle mesure?

3. Évolution / Modification du statut?

4. Mesures thérapeutiques / Pronostic

5. De nouvelles mesures professionnelles sont-elles indiquées? non oui

6. L'assuré(e) requiert-il(elle) pour les gestes quotidiens de la vie une aide régulière par une tierce personne? non oui

Si oui: depuis quand? _____

7. Pensez-vous qu'un examen médical complémentaire est indiqué? non oui

8. Date du dernier examen médical _____

9. Annexes

Le service médical de l'office AI vous prie de lui envoyer 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.

10. Remarques
