|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom)      | Date de naissance      | Numéro d’assuré756.     |
| Médecin (prénom, nom)       |  |  |

1. Merci de nous fournir un status détaillé (anamnèse et constatations objectives).

|  |
| --- |
|  |

2 Quel/s est/sont, d’un point de vue de votre spécialité, les diagnostics **avec** répercussion sur la capacité de travail?

|  |
| --- |
|  |

3 Quel/s est/sont, d’un point de vue de votre spécialité, les diagnostics **sans** répercussion sur la capacité de travail?

|  |
| --- |
|  |

4 Indiquer aussi le traitement, le pronostic et l’évolution de ladite atteinte (desdites atteintes) ?

|  |
| --- |
|  |

5 Quelle a été l’évolution de l’état de santé de votre patient/e depuis le début de votre prise en charge (spécifier la date) ? Avec quel traitement (spécifier SVP le nom des médicaments prescrits et l’observance thérapeutique). En cas de non compliance merci d’indiquer si le traitement préconisé (spécifier) aurait pu permettre une amélioration de l’état de santé de votre patient et dans quel délai ?

|  |
| --- |
|  |

6 Merci de détailler les restrictions fonctionnelles qui découlent de l’atteinte (des atteintes) que vous avez retenue comme ayant un impact sur les capacités fonctionnelles ?

|  |
| --- |
|  |

7 Merci de décrire, dans la mesure du possible, le déroulement d’une journée type de votre patient/e ?

|  |
| --- |
|  |

8 Indiquer quelle est la répercussion de l’atteinte/des atteintes à la santé invoquée dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales).

|  |
| --- |
|  |

9 Merci de détailler les ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles l’assuré/e peut compter (soutien de l’assuré/e par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, etc.)

|  |
| --- |
|  |

10 D’un point de vue de votre spécialité: votre patient/e est-il/elle en mesure de reprendre son/une activité professionnelle ?

|  |
| --- |
|  |

11 Si tel n’est pas le cas, pourquoi ? Dans quel délai la reprise est-elle possible ?

|  |
| --- |
|  |

12 Quelle est la capacité de travail de votre patient/e dans son activité habituelle, à quel taux (exprimé sur un 100% ou en nombres d’heures par jour) et depuis quand ?

|  |
| --- |
|  |

13 D’un point de vue de votre spécialité : quelle est/serait la capacité de travail de votre patient/e dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ? Depuis quand une telle activité est/aurait-elle été possible ? Merci d’exprimer le taux sur un 100% ou un terme d’heures par jour.

|  |
| --- |
|  |

14 Au cas où aucune capacité de travail ne serait retenue, merci d’argumenter votre réponse.

|  |
| --- |
|  |

15 Merci de nous fournir toutes les pièces médicales que vous jugez nécessaire afin d’étayer vos considérations (rapports d’hospitalisation, bilan biologique, imagerie, etc) et notamment les pièces médicales suivantes selon votre spécialité :

* Cardiologie : US cardiaque, Holter, test d’effort ;
* Pneumologie : test de fonctions pulmonaires, test d’effort, polysomnographie, gazométrie ;
* Gastroentérologie : rapports endoscopie ;
* Neurologie : ENMG, bilans neuropsychologiques ;
* Ophtalmologie : évaluation du champ visuel et de l’acuité visuelle sans et avec correction

Date

|  |
| --- |
|  |

Prénom, nom et signature du médecin (la signature sous forme électronique suffit)

|  |
| --- |
|  |

Annexes

|  |
| --- |
|  |