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

**Rapport médical pour les personnes impotentes**

 **Feuille annexe à la demande de prestations pour les personnes impotentes**

**de l'AVS** [ ]  **ou de l'AI** [ ]

**1.1**

Patient suivi depuis le :

|  |
| --- |
|       |

Dernière consultation :

|  |
| --- |
|       |

**1.2**

Diagnostics récents ayant une influence sur l’incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnostics** (si atteintes psy, préciser le code CIM)  | **Limitations fonctionnelles en lien avec le diagnostic ci-avant** (somatiques, mentales, psychiques) | **Dès le** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**1.3**

Les **indications** mentionnées dans la demande d’allocation pour impotent annexée concernant les empêchements pour exécuter les actes ordinaires de la vie correspondent-elles à vos constatations médicales ?

[ ]  oui [ ]  non

Si non, quelles modifications  / quels compléments avez-vous à apporter ?

|  |
| --- |
|       |

**1.4**

Les **dates** de début de l’incapacité pour effectuer les actes ordinaires de la vie vous semblent-elles correctes ?

[ ]  oui [ ]  non

**1.5**

À votre connaissance, **qui apporte l’aide régulière et importante** à votre patient-e pour exécuter les actes ordinaires de la vie ?

|  |
| --- |
|       |

**1.6**

L’état de santé peut-il être amélioré par des mesures médicales ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquelles ?

|  |
| --- |
|       |

**1.7**

L’impotence peut-elle être réduite par des moyens auxiliaires appropriés ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels ?

|  |
| --- |
|       |

**1.8**

Votre patient-e a-t-il / elle récemment séjourné en milieu hospitalier ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, merci d’indiquer la période et le lieu du séjour :

du au établissement (nom et adresse)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**1.9**

Quel est le pronostic ?

[ ]  stationnaire [ ]  susceptible d’amélioration [ ]  va s’aggravant

**Remarques**

|  |
| --- |
|       |

**Nous vous prions de joindre à l’attention de notre service médical les copies des rapports des hôpitaux ou des spécialistes en votre possession ou de nous les indiquer afin que nous puissions nous-mêmes les demander.**

Date

|  |
| --- |
|       |

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

|  |
| --- |
|       |