|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom) | Date de naissance | Numéro d’assuré  756. |
| 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)

|  |
| --- |
|  |