Assurance invalidité fédérale (AI)

Rapport médical:
Pour les personnes assurées âgées de moins de 20 ans

choisir une canton

AI-Instruction pour les personnes assurées âgées de moins de 20 ans:
Prière de compléter le rapport médical et de le retourner

Bonjour
Votre patiente, votre patient est limité/e pour des raisons de santé qui ont conduit au dépôt d'une demande AI. En vue d'un examen rapide, l'office AI a besoin de votre soutien compétent.
Nous vous prions dès lors de répondre au rapport médical en annexe autant qu'il vous est possible en fonction de votre spécialité et du dossier de votre patient/e. Si malgré tout quelques points devaient demeurer ouverts, nous le comprendrions très bien.
Vous trouvez de plus amples informations sur la collaboration avec les offices AI sur le site www.ai-pro-medico.ch.

Nous vous prions de compléter le rapport médical électroniquement ou à la main et de nous le retourner aussi vite que possible. Pour cette tâche, vous pouvez comme jusqu'à maintenant, faire votre décompte selon Tarmed.
Avec nos remerciements et nos salutations les meillleures

Rapport médical

Rapport médical pour le traitement du droit des personnes assurées âgées de moins de 20 ans à

- ☐ des mesures médicales
- ☐ une formation professionnelle initiale
- ☐ des moyens auxiliaires

Questions complémentaires

Prière de répondre également aux questions complémentaires sur la feuille annexée

Personne assurée (prénom, nom)	Date de naissance	Numèro d'assurèe

1. Diagnostics

> 1.1

Diagnostics
En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM 10 ou DSM-AI
posés pour la 1ère fois le:

> 1.2

L'état de santé a-t-il une influence sur la fréquentation de l'école ou la formation professionnelle?

- ☐ oui
- ☐ no

Si oui, de quelle façon?
Depuis quand?

> 1.3

Y a-t-il une ou plusieurs infirmités congénitales selon l'OIC?

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, chiffre(s)

> 1.4

L'état de santé de la personne assurée est

☐ inchangé, identique ☐ s'améliore ☐ s'aggrave

> 1.5

Des mesures médicales sont-elles susceptibles d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur?

☐ oui ☐ non

> 1.6

La personne assurée a-t-elle besoin d'un traitement/d'une thérapie?

☐ oui ☐ non

Si oui, laquelle?

Genre de thérapie

Début

Durée prévue

Ampleur (fréquence et durée de la séance)

Lieu d'exécution: où le traitement sera-t-il mis en œuvre? Traitements à domicile uniquement en cas de nécessité médicale (prière de justifier)

Quel est l'objectif de la thérapie?

> 1.7

La personne assurée a-t-elle besoin d'un appareil de traitement ou d'un moyen auxiliaire?

☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels?

> **1.8**

Y a-t-il un besoin d'aide supplémentaire ou de surveillance personnelle comparativement à une personne du même âge en bonne santé?

☐ oui ☐ non

Si oui, depuis quand?

2. Données médicales

> **2.1**

Traitement du au

> **2.2**

Dernier examen du

> **2.3**

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

> **2.4**

Constat médical

> **2.5**

Pronostic

> **2.6**

Consultations spécialisées

> **2.7**

Plan de traitement (Début/durée)

> **2.8**

Avez-vous prescrit des mesures thérapeutiques à domicile?

☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles, à quelle fréquence et pour quelle durée, par qui?

3. Signature

Prénom, nom, date et signature du médecin / Adresse exacte (cabinet/service)

Date

Signature

4. Annexes

Nous vous prions de joindre à l'attention de notre service médical des copies des rapports des hôpitaux ou des spécialistes en votre possession ou de nous les indiquer afin que nous puissions nousmêmes les demander. Les rapports originaux seront retournés après que nous en ayons pris connaissance.