**Rapport médical du médecin traitant**

|  |  |
| --- | --- |
| *Coordonnées du médecin traitant :* | *NSS :*  *Nom et prénom de l’assuré :* |

1. Quels sont les diagnostics précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Depuis quand ?

*depuis :*

*depuis :*

*depuis :*

1. Quels sont l’anamnèse et le status correspondants ?

1. Quels sont les traitements actuels et la compliance à ces derniers ?

1. Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte ?

1. Quelle est la capacité de travail dans l’activité habituelle (sur un 100%) ? Depuis quand ?

*…………% depuis le : ………………………*

1. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

*…………% depuis le : ………………………*

* 1. *Si la capacité de travail n’est pas entière, merci de nous en préciser les raisons :*

1. Une mesure de réinsertion de l’AI n’est pas une mesure thérapeutique (ergothérapie, etc.), c’est une mesure visant à mobiliser une personne atteinte dans sa santé dans le but de reconstruire une capacité de travail : de 8 heures par semaine sans obligation de rendement au début, avec l’objectif d’augmenter progressivement jusqu’à obtenir une capacité de travail d’au moins 50%.
   1. Existe-t-il des contre-indications médicales à suivre une telle mesure ?

*Si oui, lesquelles ?*

*Si non, depuis quand une telle mesure aurait-elle été possible ?*

* 1. Quel est votre pronostic d’amélioration de la capacité de travail ?

*Jusqu’à quel taux ? ………………*

*Dans quel délai ?*

1. Quels sont les dates et les taux précis des incapacités de travail attestées jusqu’ici ?

du ………………………… au ………………………… à ………%

du ………………………… au ………………………… à ………%

du ………………………… au ………………………… à ………%

du ………………………… au ………………………… à ………%

du ………………………… au ………………………… à ………%

1. Autres remarques :

Date : Timbre et signature :

Ci-joint je vous remets les différents rapports, consilium et comptes rendus d’examens complémentaires effectués par moi-même ou par des spécialistes.