|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Médecin (prénom, nom)ADRDE | Numéro d’assuré : NAVSASPersonne assurée : NOPRASDate de naissance : DANAAS |

**Rapport médical pour les mesures AI**

**Aide à la formation et l’insertion professionnelle**

1. Merci de nous fournir une anamnèse actuelle, pertinente pour les diagnostics actifs.

|  |
| --- |
|       |

1. Merci de nous fournir un status somatique ou psychiatrique détaillé (selon votre spécialité, constatations objectives lors de vos consultations).

|  |
| --- |
|       |

1. Quelle a été l’évolution de l’état de santé de la personne assurée depuis le début de votre prise en charge (spécifier la date) ?

|  |
| --- |
|       |

1. Diagnostic(s) somatique(s) et/ou psychiatrique(s) : indiquer quelle(s) atteintes(s) à la santé a(ont) été diagnostiquée(s) (pour les atteintes psychiatriques, merci de préciser le code CIM 10 ou CIM 11 ou DSM-5) et depuis quand.

|  |
| --- |
|       |

1. Quelles sont les limitations fonctionnelles liées à(aux) atteinte(s) à la santé ? (limitation fonctionnelle = impact concret des symptômes sur les différents domaines de la vie : fréquentation scolaire, formation professionnelle, ménage, loisirs, activités sociales, etc.)

|  |
| --- |
|       |

1. Merci de décrire, dans la mesure du possible, le déroulement d’une journée type de votre patient(e) (ménage, activités lucratives, loisirs, activités sociales, rythme jour/nuit, etc.) ?

|  |
| --- |
|       |

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

|  |
| --- |
|       |

1. D’un point de vue strictement médical (somatique ou psychiatrique, selon votre spécialité) : la personne assurée est-elle capable de poursuivre/entamer une formation professionnelle ? Merci d’argumenter votre réponse.

|  |
| --- |
|       |

1. Combien d’heures de présence par jour peut-on attendre de votre patient(e) dans une formation/activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

|  |
| --- |
|       |

1. Y a-t-il des éléments de nature psychosociale, indépendants de l’atteinte à la santé (par exemple : parcours migratoire, manque de scolarisation, méconnaissance de la langue, etc.) qui impactent les capacités d’insertion de votre patient(e) ?

|  |
| --- |
|       |

1. Quelles sont, à votre avis, les caractéristiques d’une activité adaptée ? (nous entendons par activité toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles et qui vise à l’insertion de la personne dans le marché ordinaire du travail ; il ne s’agit pas d’un atelier protégé). *Attention : on ne demande pas de vous prononcer sur un métier, mais sur des points d’attention, par exemple : activité en petite équipe, sans contact avec la clientèle, horaires réguliers, éviter les « open-spaces », les environnements bruyants, le port de charges > 25 kg, etc.)*

|  |
| --- |
|       |

1. Estimez-vous que votre patient(e) est apte à la réadaptation professionnelle ?

*Aptitude à la réadaptation = la personne peut se mobiliser au moins 8h/semaine au début et peut augmenter progressivement sa fréquentation d’une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles jusqu’à atteindre au moins une présence à 50%*

Si oui, depuis quand ?

SI non, pourquoi ?

|  |
| --- |
|       |

1. Quel traitement avez-vous prescrit ou dispensé ? *(spécifier la date de début, le nom des médicaments prescrits, la dose et l’observance thérapeutique ; si psychothérapie, préciser la fréquence des séances).*

|  |
| --- |
|       |

1. En cas de non compliance merci d’indiquer si le traitement préconisé (spécifier lequel) permettrait une amélioration de l’état de santé de votre patient(e) et dans quel délai ?

|  |
| --- |
|       |

1. Existe-t-il des options thérapeutiques encore possibles pour améliorer la capacité de votre patient(e) de poursuivre/entamer une formation/activité professionnelle?

|  |
| --- |
|       |

1. Merci d’indiquer le traitement préconisé qui pourrait permettre une amélioration de l’état de santé de votre patient(e) et par conséquent de sa capacité de travail, et dans quel délai ?

|  |
| --- |
|       |

1. Autres remarques.

|  |
| --- |
|       |

1. Merci de nous fournir toutes les pièces médicales (rapports de consultation, d’hospitalisation, imagerie, bilans neuropsychologiques etc.) que vous jugez nécessaires afin d’étayer vos considérations.

|  |
| --- |
|       |

**Date**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|       |

**Annexes**

|  |
| --- |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assurance-invalidité fédérale AI****Note pour le rapport médical** |  |

Les rapports sont remboursés selon le tarif médical **TarMed**. La facture doit être présentée sur le formulaire officiel selon l’accord entre les assureurs CTMAA/AM/AI et la FMH. Pour la facturation à la main les formulaires peuvent être chargés sous le site internet www.zmt.ch. Les formulaires doivent être remplis de manière complète. Les rapports peuvent être facturés selon le tableau suivant.

**Le TarMed et son règlement actuel doivent être pris en considération.**

Pour les factures des prestations médico-dentaires et d’orthopédie de la mâchoire, le formulaire « facture du dentiste, form. 318.631 f et le tarif SSO restent toujours valables.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No Form. | Contenu | Chiffre du tarif |
| 002.001 | Rapport médical pour apprécier le droit aux prestations chez les adultes | 00.223000.2240 |
| 002.002 | Rapport médical pour apprécier le droit à des moyens auxiliaires | 00.223000.2240 |
| 002.003 | Rapport médical pour apprécier le droit aux prestations chez les personnes âgées de moins de 20 ans | 00.223000.2240 |
| 5424 / 5426 / 5428 / 5434 / 5436 /5438 f 11.00 | Questionnaire supplémentaire formatisé | 00.2205 |
| 5422/ 5430/ 5432 / 5434 / 5436 /5438 f 11.00 | Questionnaire supplémentaire formatisé | 00.2205 |
| 5412 f 11.00 | Indications concernant l'incapacité de gain durant la période de convalescence | 00.2255 |
| 5420 f 11.00 | Feuille annexe à la demande de prestations pour les personnes impotentes de l’AVS ou de l’AI  | 00.2205 |
| 5450 f 11.00 | Examen médico-dentaire | 4041[[1]](#footnote-1) |
| E 213 | Grand rapport médical UE | 00.223000.2240 |
| E 213 | questionnaire supplémentaire formatisé (par feuille) | 00.2205 |

Les consultations et les examens qui ont été indispensables pour établir le rapport demandé peuvent être facturés selon le tarif.

***Cette feuille reste chez le médecin. Vous êtes prié de ne pas l'envoyer avec la facture!***

1. Tarif médico-dentaire SSO [↑](#footnote-ref-1)