|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de sécurité sociale (NSS) : 756.  (A rappeler dans toute correspondance) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| , | Office de l'Assurance-Invalidité  du canton de Neuchâtel  Rue Chandigarh 2  Case postale 1209  2301 La Chaux-de-Fonds |
| N/réf :       /  Tel. :  V/réf : |

Date de la demande de rapport :

Rapport médical adressé à :

**Rapport médical AI (5402) pour apprécier le droit aux prestations de l'AVS : fauteuil roulant** / (v. 04.2022)

**Question(s) complémentaire(s) de l'Office AI** (vos réponses peuvent être faites sur une feuille annexe) :

*Aucune question complémentaire de l'Office AI.*

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

**1.** L'atteinte à la santé est imputable à  une maladie  un accident

**2.** L'état de santé  est stationnaire  va en s'aggravant  va en s'améliorant

**3.** L’usage d’un fauteuil roulant est

indispensable  recommandé  facultatif

**4.** Un fauteuil roulant est indiqué pour

le long terme  une convalescence  une très courte période

Pour un usage

quotidien  fréquent mais irrégulier  très peu fréquent

**5.** Diagnostic

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

**6.** L’assuré(e) a-t-il/elle besoin de l’aide d’autrui pour se mouvoir en fauteuil roulant ?

À l'intérieur  Oui  Non

À l'extérieur  Oui  Non

**Indication médicale à un équipement spécial   
pour fauteuil roulant**

**(ch. 2021 OMAV 01/2022)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Assuré (e)**: Nom, prénom | No d‘assuré  756. |

Le soussigné / la soussignée, certifie qu’un fauteuil roulant simple n’est pas suffisant pour compenser les limitations fonctionnelles.

**L’équipement spécial du fauteuil roulant est rendu nécessaire en raison des handicaps suivants :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poids supérieur à 120 kg  **Poids :** | Oui | Non |
| Taille supérieur à 1,85 m ou inférieure à 1,50 m  **Taille :** | Oui | Non |
| Position assise autonome impossible  (p.ex. absence de contrôle du tronc) | Oui | Non |
| Hémiplégie ou hémiparésie | Oui | Non |
| Tétraplégie ou tétraparésie | Oui | Non |
| Amputation ou contractures | Oui | Non |

* L’assuré(e) présente un risque aigu d’escarres : Oui  Non
* Un coussin anti-escarres est nécessaire : Oui  Non

**Remarques :**

Date Cachet et signature du médecin