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

|  |  |
| --- | --- |
| ,  | Office de l'Assurance-Invalidité  du canton de NeuchâtelRue Chandigarh 2Case postale 12092301 La Chaux-de-Fonds |
| N/réf :       /      Tel. :      V/réf :       |

Date de la demande de rapport :

Rapport médical adressé à :

**Rapport médical impotence (5420) / feuille annexe à la demande de prestations** / (v. 03.2022)

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

*Aucune question complémentaire de l'Office AI.*

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **Rapport**

**1.** Examen du En traitement du au

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

**2.** Hospitalisation(s) : des séjours en établissement pour traitement(s) curatif(s) ont-ils été suivis ces 3 dernières années ou sont-ils prévus ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui | [ ]  Non |

Si oui, veuillez les énumérer :

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**3.** Diagnostics (prière de souligner les principaux)

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**4.** Les indications sur l'impotence mentionnées sur la demande d'impotence / formulaire de révision correspondent-elles à vos constatations ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui | [ ]  Non |

Si non, en donner les motifs

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**5.** L'état de santé peut-il être amélioré par des mesures médicales ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui | [ ]  Non |

Si oui, lesquelles ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**6.** L'impotence peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires appropriés ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui | [ ]  Non |

Si oui, lesquels ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**7.** Pronostic

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | [ ]  est stationnaire | [ ]  susceptible d'amélioration | [ ]  va s'aggravant |

**8.** Remarques

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date :       | Timbre et signature du médecin :  |