

RAPPORT MÉDICAL DÉTAILLÉ

Règlement (CEE) 1408/71 : articles 39 à 41 et article 43 bis et article 87

1.1	Institution destinataire		
1.1.1	Dénomination :		
1.1.2	Adresse ⁽²⁾ :		
1.1.3	Référence :		
1.2	Personne examinée		
1.2.1	Nom de famille ⁽³⁾ :		
1.2.2	Prénoms : Noms antérieurs ⁽³⁾ : Lieu de naissance ⁽⁴⁾ :		
1.2.3	Date de naissance : Sexe : Nationalité : Numéro d'identification ⁽⁵⁾ :		
1.2.4	Adresse ⁽²⁾ :		
1.2.5	Dernière profession exercée ⁽⁶⁾ :		
1.2.6	Numéro matricule :		
1.2.7	Numéro de pension :		
1.2.8	Numéro de dossier :		
1.2.9	Date d'introduction de la demande de pension ou de rente :		
1.2.10	Date d'introduction de la demande de révision en raison d'une aggravation de l'invalidité :		
1.3	Médecin ayant établi le rapport		
1.3.1	Nom : Prénoms :		
1.3.2	Adresse ⁽²⁾ :		
1.3.3	Médecin examinateur de ⁽⁷⁾ :		
1.4	Institution qui demande l'examen		
1.4.1	Dénomination :		
1.4.2	Adresse ⁽²⁾ :		
1.4.3	Numéro de référence du dossier :		
1.4.4	Cachet	1.4.5	Date :
		1.4.6	Signature :

Nom et prénoms :

Date

2.1	Avis fondé sur l'examen pratiqué le (date) :
2.2	Avis fondé sur le rapport médical le (date) :

3.	Antécédents personnels
3.1	Antécédents médicaux :
3.2	Symptômes actuels :
3.2.1	Médecin traitant actuel :
3.3	Traitement actuel :
3.4	Antécédents socioprofessionnels ⁽⁶⁾ :
3.4.1	L'assuré exerce-t-il actuellement une activité professionnelle rémunérée ?
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nombre d'heures :
	Nature de l'activité :
3.4.2	Accidents du travail / Maladies professionnelles :
3.4.3	Nature de l'activité exercée en dernier lieu :
3.4.4	<input type="checkbox"/> Inapte au travail <input type="checkbox"/> depuis le
	<input type="checkbox"/> A cessé le travail <input type="checkbox"/> le

4.	Examen physique
4.1	Aspect général
	Taille : cm Poids : kg
	État nutritionnel <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> surcharge pondérale <input type="checkbox"/> insuffisance pondérale
	Muqueuses :
	Fonction tégumentaire :
	État mental, humeur :
	Observations :
4.2	Tête :
4.2.1	Acuité visuelle :
4.2.2	Acuité auditive :
4.2.3	Autres organes sensorielles :
4.3	Cou (observation externe) :
4.3.1	Inspection de la glande thyroïde :
4.3.2	Ganglions lymphatiques :
4.3.3	Autres observations :
4.4	Appareil respiratoire :
4.5	Appareil cardiovasculaire :
4.5.1	Cœur :
4.5.2	Pouls :
4.5.3	Tension artérielle (au repos) :
4.5.4	Tension artérielle (mesure de contrôle) :
4.5.5	Vascularisation périphérique :
4.5.6	Œdèmes :
4.5.7	Electrocardiogramme (au repos) :



Nom et prénoms :

Date

4.6	Abdomen :
4.6.1	Appareil digestif et organes intra-abdominaux :
4.6.2	Foie :
4.6.3	Rate :
4.6.4	Système endocrinien :
4.7	Système génito-urinaire : [Voir page 4 – diagrammes]
4.8	Appareil locomoteur (si nécessaire, utiliser le formulaire "Bilan articulaire" figurant à la page 4)
4.8.1	Rachis :
4.8.2	Membres supérieurs :
4.8.3	Membres inférieurs :
4.9	Présence de ganglions lymphatiques :
4.10	Examen neurologique
	Motricité (force et tonus musculaires) ⁽⁸⁾ :
	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> raideurs <input type="checkbox"/> ralentie <input type="checkbox"/> faible
	Marche :
	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> pesante <input type="checkbox"/> déviée à droite <input type="checkbox"/> déviée à gauche
	Réflexes :
4.11	Symptomatologie neurovégétative et psychosomatique :
4.12	Divers (allergies, etc) :

5.	Explorations fonctionnelles et autres investigations (si nécessaire)
5.1	Exploration fonctionnelle respiratoire :
5.2	Fonction cardiaque/épreuve d'effort :
5.3	Echographie Doppler (cardiovasculaire) :
5.4	Imagerie (en préciser la date) :
5.4.1	Résultats de l'examen radiologique pratiqué ce jour :
5.4.2	Examens des examens radiologiques antérieurs ou effectués ailleurs :
5.4.3	Échographie (abdominale, etc.) :
5.4.4	IRM et investigations particulières :
5.5	Résultat des examens de laboratoire :
5.6	Autres examens :

6. Page supplémentaire à remplir, le cas échéant, pour consigner les résultats des examens complémentaires spécialisés.

7. Diagnostic :

(l'utilisation du code CIM est recommandée)

Nom et prénoms :

Date

4. Bilan articulaire

Ne sont à noter que les valeurs pathologiques ou les valeurs normales strictement indispensables

extension/flexion
40-0-40°

distance menton/sternum _____ cm

rachis

rotation droite/gauche
60-0-60°

inclinaison latérale
droite/gauche
40-0-40°

Schober
8-10-15 cm

FBA _____ cm

rotation
droite/gauche
50-0-50°

inclinaison latérale
droite/gauche
30-0-30°

épaule

rotation externe/interne
50-0-95°

150°-170°

180°

90°

20°-40° 40°

0°

abduction/adduction
180-0-40°

D _____ °

G _____ °

antépulsion/rétropulsion
40-0-160°

40°-60°

95°

D _____ °

G _____ °

coude

extension flexion
10-0-150°

150°

5-10°

D _____ °

G _____ °

poignet

35°-60°

25°-30°

30°-40°

0°

50°-60°

80-90° 60-90°

supination pronation

supination/pronation
85-0-85°

D _____ °

G _____ °

extension/flexion
50-0-50°

D _____ °

G _____ °

abduction/adduction
35-0-25°

D _____ °

G _____ °

130°

10°

0°

extension/flexion
10-0-130°

D _____ °

G _____ °

hanche

30-60°

20° 30°

adduction

abduction/adduction
50-0-25°

D _____ °

G _____ °

30-45°

40-50°

rotation interne

rotation externe

rotation externe/interne
35-0-45°

D _____ °

G _____ °

genou

0°

140-160°

0-5°

2 cm 0-5 cm

extension/flexion
5-0-150°

D _____ °

G _____ °

20°-30°

0°

40°-50°

extension/flexion
40-0-25°

D _____ °

G _____ °

péri-mètre, en cm

bras (15 cm au-dessus de l'épicondyle)

coude

avant-bras (10 cm en dessous de l'épicondyle)

poignet

métacarpe (sans le pouce)

	D	G

péri-mètre, en cm

cuisse (20 cm au-dessus de l'interligne articulaire interne)

prérotulien

jambe (15 cm en dessous de l'interligne articulaire interne)

jambe (plus petit périmètre)

malléoles

	D	G

Nom et prénoms :

Date

11.4	L'assuré peut-il exercer à temps plein la dernière activité, à savoir : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale) :
11.5	Un travail adapté est-il possible ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, en citer quelques exemples :
11.6	Un travail adapté peut-il être accompli à temps plein ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale) :
11.7	En vertu de la législation du pays de résidence, l'invalidité, pour l'activité exercée en dernier lieu, est : <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> partielle En cas d'invalidité partielle, en préciser le taux : (sans objet pour l'Allemagne, les Pays-Bas et la Pologne)
11.8	Taux d'invalidité, en vertu de la législation du pays de résidence, pour toute autre activité correspondant aux aptitudes de l'intéressé: (sans objet pour l'Allemagne, l'Irlande, le Luxembourg et les Pays-Bas)
11.9	Catégorie d'invalidité dans la législation du pays de résidence : (à ne préciser que si l'examen médical a été le préalable à une décision en matière d'incapacité ou à l'instruction d'une demande de pension ou de rente d'invalidité) : (sans objet pour l'Allemagne et les Pays-Bas)
11.10	Les restrictions énumérées sont <input type="checkbox"/> permanentes depuis le <input type="checkbox"/> temporaires et ne valent que du au
11.11	Une amélioration de l'état de santé de l'assuré est-elle possible ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible de répondre Dans l'affirmative, préciser la façon d'y parvenir :
11.12	L'amélioration de la capacité de travail passe-t-elle par <input type="checkbox"/> une réadaptation médicale ? <input type="checkbox"/> une réadaptation professionnelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible de répondre
12.	Un réexamen ultérieur de l'assuré est-il nécessaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, en préciser la date : Cachet Date : <div style="text-align: center;">Signature du médecin :</div>

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie.

Il se compose de sept pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Rue, numéro, code postal, localité, pays, numéro de téléphone.
- (3) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms de naissance.
Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (4) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (5) Si le formulaire est adressé à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (*personnummer*); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (*kennitala*); à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution lettone, le numéro d'identité; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (*fødselsnummer*); à une institution belge, le numéro national d'assuré social (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR) et à une institution du régime des fonctionnaires, le numéro d'identification personnelle (PRS-Kenn-Nr); à une institution autrichienne, le numéro d'assurance autrichien (VSNR); à une institution polonaise, le numéro de référence du dossier de pension pour les personnes qui ont introduit une demande de pension ou de rente ou établi leur droit à pension auprès du système de sécurité sociale polonais, les numéros PESEL et NIP ou NKP (numéro NKP pour un assujetti à l'assurance sociale des exploitants agricoles) pour les personnes qui introduisent une demande de pension polonaise pour la première fois ou, à défaut d'un tel numéro, les série et numéro de la carte d'identité ou du passeport; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général d'assurance et, le cas échéant, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO); à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV). Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant espagnol, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (DNI) ou, s'il s'agit d'un ressortissant étranger, le NIE, dans les deux cas, si ce numéro existe, même si la carte est périmée. A défaut, indiquer "Néant".
- (6) Dans la mesure du possible, indiquer toutes les professions exercées par l'assuré durant sa carrière, le cas échéant en utilisant des intercalaires.
- (7) Sans objet pour la Norvège.
- (8) Pour les besoins des institutions polonaises, remplir aussi la rubrique 1 du formulaire E 213/intercalaire 4.

Nom et prénoms :

Date

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS NÉERLANDAISES

Questions		Réponses				
		Non	Incidemment	Parfois	Régulièrement	Sans restriction
L'assuré est-il capable						
1.	de s'asseoir ?					
2.	de se tenir debout ?					
3.	de marcher ?					
4.	de s'agenouiller / de ramper / de s'accroupir ?					
5.	de travailler dos courbé ?					
6.	d'effectuer des mouvements fréquents de torsion ou de flexion ?					
7.	de se servir de sa nuque ?					
8.	de maintenir les bras tendus ?					
9.	de maintenir les bras levés ?					
10.	de se servir de ses mains / de ses doigts ?					
11.	de lever et porter des charges de kg au maximum ?					
12.	de travailler dans un environnement :					
	- soumis à de brusques variations de température ?					
	- fort humide (HR > 90 %) ?					
	- peu humide (HR < 35 %) ?					
	- soumis à de fortes variations climatiques ?					
13.	de supporter le contact (cutané) intense de substances solides et liquides ?					
14.	de supporter les vibrations ?					
15.	de porter un équipement de protection ?					
16.	de soutenir une cadence de travail contraignante ?					
17.	de supporter le désœuvrement forcé ?					
18.	de gérer des exigences contradictoires découlant de l'exercice de ses fonctions ?					
19.	de gérer les conflits en général ?					
20.	de s'acquitter d'un travail monotone ?					
21.	de s'acquitter d'un travail répétitif ?					
22.	d'assumer des responsabilités ?					
23.	de travailler seul ?					
24.	de travailler en groupe ?					

Nom et prénoms :

Date

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS BRITANNIQUES**A. À remplir dans tous les cas**

1. Nom et adresse du médecin de la personne visée à la rubrique 1.2

B. À ne remplir que s'il existe un problème de santé mentale

2. Cocher l'une des cases ci-dessous si le sujet présente l'une des maladies ou l'un des handicaps suivants :

- affection psychiatrique (dans l'affirmative, préciser)
- trouble majeur de la personnalité
- incapacité d'apprentissage sévère
- éthylisme ou toxicomanie
- altération de la fonction cérébrale secondaire à une pathologie organique ou à un traumatisme cérébral

Si l'une des cases ci-dessus a été cochée, prière de répondre aux questions 3 à 7

3. Au cours des six derniers mois, a-t-on noté, à un moment quelconque, des aspects suggestifs d'une paranoïa, des thèmes délirants, des hallucinations ou d'autres signes ou comportement franchement psychotiques ?

- Oui Non

4. Le sujet est-il sous neuroleptiques et/ou thymo(ana)leptiques en administration orale ou par injection à effet retard (traitement injectable de longue durée) ?

- Oui Non

5. A-t-il besoin de soins permanents ou d'une surveillance constante liés aux effets de la ou des maladies signalées au point 2 ci-dessus ?

- Oui Non

Dans l'affirmative, est-il pris en charge dans son environnement familial ou en milieu protégé ?

- Environnement familial Milieu protégé

6. Fréquente-t-il un centre de jour (où un personnel qualifié dispense des soins en permanence) à raison d'un jour par semaine au moins ?

- Oui Non

7. Nom et adresse du psychiatre consultant :

8. Commentaires pouvant contribuer à déterminer la sévérité du problème mental, même si aucune des cases du point 2 n'a été cochée :

Nom et prénoms :

Date

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS NORVÉGIENNES

1. Si l'incapacité de travail est due à des causes autres que la maladie, en donner une description succincte et préciser dans quelle mesure celles-ci contribuent à l'incapacité :

2. Au cours de la période qui a précédé immédiatement l'incapacité actuelle, le patient s'est-il consacré partiellement à des activités domestiques ou a-t-il exercé une activité salarié/non salariée à temps partiel ?
 Oui Non

3. La maladie est-elle à l'origine de frais supplémentaires permanents (transport, régime alimentaire, etc.), qui ne sont couverts, en tout ou en partie, par aucun régime de sécurité sociale ?
 Oui Non

Dans l'affirmative, prière d'en préciser la nature et le montant :

Nom et prénoms :

Date

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS POLONAISES

1. Renseignements relatifs à la rubrique 4.10 "Examens neurologiques" :

Tonus musculaire : normal augmenté diminué
 Force musculaire : normale diminuée (adynamie)
 Amplitude motrice :

2. L'atteinte fonctionnelle a-t-elle été causée par :

- un accident sur le lieu de travail ?
 un accident sur le trajet du travail ?
 un accident survenu dans des circonstances particulières ?
 un accident survenu en service ?

Date de l'accident :

- une maladie professionnelle ?
 Date de l'apparition de la maladie professionnelle :
 d'autres circonstances (préciser) ?

3.1 La personne examinée requiert-elle l'aide permanente ou de longue durée d'une tierce personne ?

- Non Oui, pour :
- se déplacer à l'intérieur du lieu de vie
 - s'alimenter
 - assurer son hygiène corporelle
 - exercer ses fonctions corporelles
 - accomplir des actes ordinaires de la vie quotidienne à l'extérieur du lieu de vie

3.2 L'état mental de la personne examinée requiert-il l'aide permanente ou de longue durée d'une tierce personne ?

- Non Oui, pour la raison suivante :

4. A ne remplir que s'il existe un problème de santé mentale

4.1 Cocher l'une des cases ci-dessous si la personne examinée présente l'une des maladies ou l'un des handicaps suivants :

- affection psychiatrique (dans l'affirmative, préciser) :
 trouble majeur de la personnalité
 incapacité d'apprentissage sévère
 éthylisme ou toxicomanie
 altération de la fonction cérébrale secondaire due à une pathologie organique ou à un traumatisme cérébral

Si l'une des cases ci-dessus a été cochée, répondre aux questions 4.2 à 4.6

Nom et prénoms :

Date

4.2 Au cours des six derniers mois, a-t-on noté, à un moment quelconque, des aspects suggestifs d'une paranoïa, des thèmes délirants, des hallucinations ou d'autres signes ou comportements franchement psychotiques ?

Oui Non

4.3 La personne examinée est-elle sous neuroleptiques et/ou thymo(ana)leptiques en administration orale ou par injection à effet retard (traitement injectable de longue durée) ?

Oui Non

4.4 A-t-elle besoin de soins permanents ou d'une surveillance constante liés aux effets de la ou des maladies signalées au point 4.1 ci-dessus ?

Oui Non

Dans l'affirmative, est-elle prise en charge dans son environnement familial ou en milieu protégé ?

Environnement familial Milieu protégé

4.5 Fréquente-t-elle un centre de jour (où un personnel qualifié dispense des soins en permanence) à raison d'un jour par semaine au moins ?

Oui Non

4.6 Nom et adresse du psychiatre consultant :

4.7 Commentaires pouvant contribuer à déterminer la sévérité du problème de santé mentale, même si aucune des cases du point 4.1 n'a été cochée :

Nom et prénoms :

Date

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS HONGROISES

1. L'intéressé requiert-il des soins ou une surveillance constants ?

Oui

Non

Dans l'affirmative, est-il pris en charge dans son environnement familial ou en milieu protégé ?

Environnement familial

Milieu protégé

2. Pour quelles activités l'intéressé a-t-il besoin d'aide ?

3. Un équipement thérapeutique est-il nécessaire ?

Oui

Non

Dans l'affirmative, lequel ?