

coordonnées du médecin

Numéro AVS :

Personne assurée :

Date de naissance :

Rapport médical pour la révision du droit à la rente (inv. %)

Questions en relation avec la révision des rentes axée sur la réadaptation:

1. La personne assurée exerce-t-elle une activité lucrative (à temps partiel) ?

- Oui (premier marché du travail) → **Veillez répondre aux questions 2, 7 et suivantes**
 Non (aucune activité lucrative ou en milieu protégé) → **Veillez répondre aux questions 3 et suivantes**

2. Une augmentation est-elle possible et exigible par le biais des mesures professionnelles progressives ?

- Oui¹ Non
-
-

3. La capacité à voyager de la personne assurée est-elle restreinte ?

- Oui¹ Non
-
-

4. Quel temps de présence (heures par jour) peut-elle assurer ou peut-on exiger d'elle ?

5. Une augmentation du temps de présence et une préparation à des mesures professionnelles sont-elles possibles et exigibles par le biais de mesures ?

- Oui¹ Non
-
-

6. A quelles conditions la tentative d'augmenter le temps de présence a-t-elle des chances de succès ou autrement dit, quels sont les éléments particuliers à prendre en compte dans ce contexte?

7. Avez-vous connaissance d'intérêts ou d'aptitudes de la personne assurée qui pourraient être déterminants pour son intégration professionnelle ?

Oui¹ Non

8. Quelle stratégie ou quelles ressources la personne assurée utilise-t-elle en situation de stress/sous la pression ?

9. La personne assurée présente-t-elle une dépendance à des psychotropes qui annihile ou réduit les chances de succès de mesures de réadaptation ?

Oui¹ Non

¹Le cas échéant, veuillez fournir des informations complémentaires

Questions relatives à l'état de santé:

10. Evolution et modifications de l'état de santé/des incapacités de travail depuis l'octroi de la rente ?

11. Symptômes actuels/état de santé actuel

12. Indications subjectives de la personne assurée

13. Diagnostics objectifs

Avenue du Général-Guisan 8
1800 Vevey

14. Quelle est la capacité de travail exigible ?

a) dans l'activité habituelle ? _____

b) dans une activité adaptée ? _____

15. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

16. Nature et portée du traitement actuel

17. Médication actuelle (avec indication de la dose)

Aucune

18. La thérapie/le traitement/la médication devraient-ils être adaptés en cas de mesure de réadaptation ? Veuillez fournir des informations complémentaires le cas échéant

Oui Non

19. Pronostic

20. Autres remarques

Avenue du Général-Guisan 8
1800 Vevey

Annexes

Nous vous prions de joindre à l'attention de notre service médical des copies des rapports des hôpitaux ou des spécialistes en votre possession ou de nous les indiquer afin que nous puissions nous-mêmes les demander. Les rapports originaux seront retournés après que nous en ayons pris connaissance.

Date :

Tampon et signature :