

Please choose your language:

Commission administrative pour
la coordination des systèmes de
sécurité sociale



Rapport médical détaillé

Article 87 du règlement (CE) n° 987/2009

1. Renseignements concernant la personne examinée

1.1 Numéro d'identification personnel

1.2 Nom(s) de famille

1.3 Prénom(s)

1.4 Date de naissance

1.5 Date du décès

1.6 Sexe

Homme

Femme

2. Informations générales

2.1 Renseignements concernant le médecin examinateur

2.1.1 Nom(s) de famille

2.1.2 Prénom(s)

2.1.3 Adresse

2.1.3.1 Rue

2.1.3.2 Ville

2.1.3.3 Code postal

2.1.3.4 Région

2.1.3.5 Pays

2.1.4 Le médecin examinateur est-il le médecin traitant
actuel?

Oui

Non

2.1.5 Spécialité du médecin examinateur

2.1.6 Numéro de téléphone du médecin

2.1.7 Adresse électronique du médecin

2.2 Fondement de l'avis médical figurant dans ce rapport

2.2.1 Avis fondé sur l'examen physique pratiqué le

2.2.2 Avis fondé sur le(s) rapport(s) médical(aux) suivant(s)

	Date du rapport médical	Spécialité du médecin	Le rapport est-il joint en annexe?
<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			<input type="text"/>

2.3 Antécédents socioprofessionnels

2.3.1 Professions antérieures / emplois exercés en dernier lieu, comme indiqué par la personne examinée (prière de remonter aussi loin que possible)

	Profession/emploi	Depuis le	Au
<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			

2.3.2 Niveau de formation / d'études atteint

	Niveau de formation ou d'études atteint par la personne examinée
<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	

2.3.3 La personne examinée exerce-t-elle toujours une activité professionnelle?

- Oui
 Non
 Impossible de répondre

2.3.4 Reconnue inapte au travail depuis le

2.3.5 Cessation de l'activité professionnelle le

2.3.6 Motif de la cessation

3. Antécédents de la personne examinée et renseignements médicaux

3.1 Diagnostics établissant une diminution de la capacité de travail

Lien vers CIM-10

	Diagnostic	Gauche/droite, le cas échéant	Code CIM-10
<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			

3.2 Antécédents médicaux

3.2.1 Symptômes actuels majeurs

3.2.2 Médecins traitants actuels, veuillez indiquer les médecins spécialistes

3.2.3 Traitement actuel (veuillez préciser le nom du médicament en dénomination commune internationale (DCI), la posologie)

3.2.4 Antécédents médicaux

3.2.5 Date de la dernière évaluation par un spécialiste

3.3 Accidents du travail / Maladies professionnelles reconnus

3.3.1 L'atteinte fonctionnelle a-t-elle été causée par un accident? Non
 Oui
 Aucune information disponible

3.3.2 La déficience fonctionnelle a-t-elle été causée par une maladie professionnelle? Non
 Oui
 Aucune information disponible

4. Activités et capacités de la personne examinée

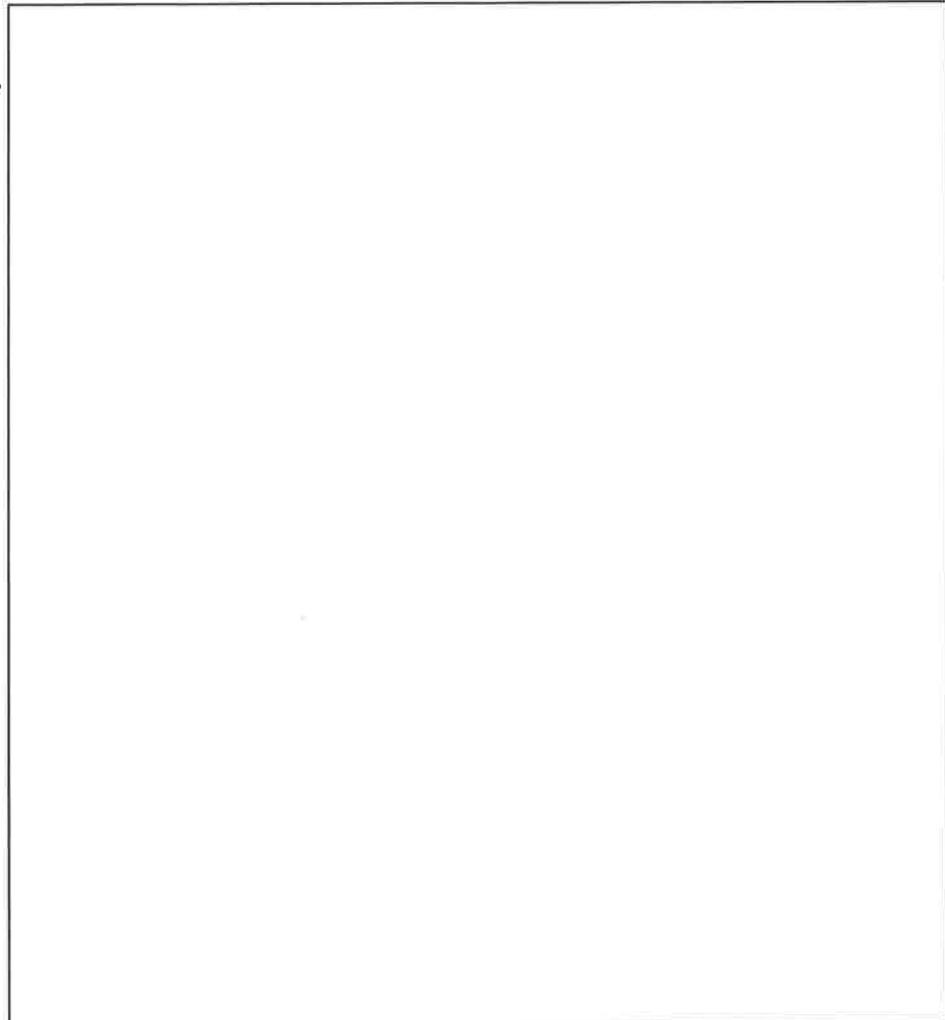
Actes ordinaires de la vie quotidienne (AVQ)

- Se lever / Se coucher / Dormir pendant la journée
- Prendre un bain / une douche
- S'habiller
- S'alimenter (manger)
- Mobilité fonctionnelle (se déplacer d'un endroit à un autre lors des activités)
- Hygiène et soins corporels
- Toilette

Activités instrumentales de la vie quotidienne

- Tâches ménagères
- Prendre les médicaments prescrits
- Gérer son argent
- Achats
- Préparer les repas
- Utiliser le téléphone ou tout autre moyen de communication
- Utiliser les technologies (internet, TV)
- Utiliser les moyens de transport
- Passe-temps

4.1.1 Veuillez décrire l'emploi du temps quotidien de la personne examinée, au domicile et sur le lieu de travail, en utilisant les exemples susmentionnés



4.1.2 La déficience fonctionnelle a-t-elle modifié les activités habituellement exercées par la personne examinée?

- Oui
 Non

4.2 Aide permanente ou de longue durée

- 4.2.1 La personne examinée requiert-elle l'aide permanente ou de longue durée d'une tierce personne?
- Oui
 Non
 Impossible de répondre

4.3 Préciser toute déficience dans les domaines suivants (indiquer les durées)

4.3.1 Général

Non à tout

4.3.1.1 S'asseoir Non Oui Non communiqué

4.3.1.2 Se tenir debout Non Oui Non communiqué

4.3.1.3 Marcher Non Oui Non communiqué

4.3.1.4 S'agenouiller / ramper / s'accroupir Non Oui Non communiqué

4.3.2 Dos

Non à tout

4.3.2.1 Travailler dos courbé Non Oui Non communiqué

4.3.2.2 Effectuer des mouvements fréquents de torsion ou de flexion Non Oui Non communiqué

4.3.3 Bras

Non à tout

Tendre les bras Non Oui Non communiqué

Lever les bras Non Oui Non communiqué

4.3.4 Mains

Non à tout

Se servir de ses mains, de ses doigts Non Oui Non communiqué

Effectuer des tâches nécessitant une motricité fine Non Oui Non communiqué

Effectuer des mouvements répétitifs Non Oui Non communiqué

Utiliser la force manuelle Non Oui Non communiqué

Veillez préciser la main dominante Gauche Droite Impossible de répondre

5. Principaux résultats de l'examen physique, des fonctions et de l'état mental

5.1 Aspect général

5.1.1 Taille (en cm)

5.1.2 Poids (en kg)

5.1.3 Indice de masse corporelle (IMC)

5.2 Troubles ou déficiences spécifiques

Non à tout

- | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Vision | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Vision de près | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Autres troubles de la vision | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Acuité visuelle | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non communiqué |
| Acuité auditive | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Troubles organiques de la communication | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Troubles mentaux de la communication | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Motricité (force et tonus musculaires) | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Marche | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Alternance des postures | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Tonus musculaire | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Force musculaire | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |
| Réflexes | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | |

Autres observations

5.3 État mental - Problèmes de santé mentale de la personne examinée (veuillez indiquer si elle présente l'une des maladies ou l'un des handicaps suivants et en préciser la déficience). Veuillez préciser la déficience dans les domaines suivants:

Non à tout

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Affection psychiatrique | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Trouble majeur de la personnalité | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Incapacité d'apprentissage (veuillez préciser le QI, le cas échéant) | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Éthylisme ou toxicomanie | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Altération de la fonction cérébrale secondaire due à une pathologie organique ou à un traumatisme cérébral | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Déficience de la mémoire | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Troubles de la concentration | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| La personne présente-t-elle une déficience mentale, cognitive ou intellectuelle? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |

Autres observations

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| La personne examinée est-elle sous neuroleptiques et/ou thymo(ana)leptiques en administration orale ou par injection à effet retardé (traitement injectable de longue durée)? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| La personne examinée a-t-elle besoin de soins permanents ou d'une surveillance constante à cause des effets de la ou des maladies signalées ci-dessus? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| La personne examinée 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? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |

Quelle est la fréquence des consultations psychiatriques?

5.4 Examens / tests réalisés

Non à tout

- | | | |
|--|---------------------------|---|
| Exploration fonctionnelle respiratoire | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui - voir annexe |
| Fonction cardiaque/épreuve d'effort | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui - voir annexe |
| Échographie Doppler | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui - voir annexe |
| Échographie | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui - voir annexe |
| Examens radiologiques | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui - voir annexe |
| IRM et investigations particulières | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui - voir annexe |
| Résultats des examens de laboratoire | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui - voir annexe |
| Diagramme méthode neutre-0 | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui - voir annexe |
| Résultats d'autres examens | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui - voir annexe |

Veuillez préciser les autres examens annexés

6. Conclusions sur l'état de santé et les déficiences connexes

6.1 Évolution de la pathologie

6.2 Déficits fonctionnels

6.3 Par rapport à l'examen précédent

- La situation s'est améliorée
- La situation s'est détériorée
- La situation est restée stationnaire
- Impossible de répondre

6.4 Date du rapport précédent

7. Conclusions sur la capacité de travail

7.1 Capacité de travail

La personne examinée demeure capable d'exercer de façon régulière les types d'activité suivants (prière de cocher le maximum possible)

- Travaux lourds
- Travaux mi-lourds
- Travaux légers
- Uniquement travaux non physiques
- Comme précisé ci-après
- Aucun type d'activité

La personne examinée demeure capable d'exercer de façon régulière un travail adapté

- Non
- Oui

7.2 D'un point de vue médical, la personne examinée est-elle capable de travailler en étant exposée aux facteurs de charge de travail énumérés ci-dessous?

		Non à tout
Brusques variations de température	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Environnement fort humide (HR > 90 %)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Environnement peu humide (HR < 35 %)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Environnement soumis à de fortes variations climatiques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Environnement mouillé	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Environnement humide	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Chaleur	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Froid	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Bruit	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Exposition à la fumée, aux gaz, vapeurs et émanations	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Flexion, levage et port de charges fréquents	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Montée d'échafaudages, d'échelles ou d'escaliers	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Risques de chute	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Travail posté	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Travail de nuit	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Changements de pression atmosphérique (avion)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Autres observations

7.3 Veuillez indiquer si le travail est possible

- Principalement à l'intérieur Non Oui
- En alternant les postures de travail Non Oui
- En supportant les contraintes liées à la charge de travail Élevé Réduit
- Moyen Aucun
- Avec des exigences normales/moyennes concernant l'acuité visuelle Non Oui
- Avec des exigences normales/moyennes concernant l'acuité auditive Non Oui
- Avec des exigences normales/moyennes concernant l'usage des mains Non Oui
- Sur écran Non Oui
- Uniquement avec l'aide d'un tiers sur le lieu de travail Non Oui
- Allergies ou intolérances connues? Non Oui
- S'agissant de l'emploi actuel ou de l'emploi exercé en dernier lieu: La personne examinée demeure capable d'exercer de façon régulière les heures de travail suivantes par journée de travail dans une semaine de travail (veuillez cocher le maximum possible)
- Aucune
- Jusqu'à 2 heures
- Jusqu'à 4 heures
- Jusqu'à 6 heures
- Jusqu'à 8 heures
- Autres
- S'agissant d'autres emplois/professions potentiels: La personne examinée demeure capable d'exercer de façon régulière les heures de travail suivantes par journée de travail dans une semaine de travail (veuillez cocher le maximum possible)
- Aucune
- Jusqu'à 2 heures
- Jusqu'à 4 heures
- Jusqu'à 6 heures
- Jusqu'à 8 heures
- Autres

7.4 Veuillez indiquer si le travail est possible

La personne examinée est-elle capable de:

parcourir au moins 500 m en moins de 20 minutes quatre fois par jour? Non Oui

utiliser les transports publics pendant les heures de pointe? Non Oui

Comment la personne examinée s'est-elle rendue à l'examen?

La personne examinée peut-elle voyager seule? Non Oui

Capacité à voyager (la personne examinée peut-elle voyager en:)

Voiture Non Oui

Autobus Non Oui

Train Non Oui

Avion Non Oui

7.5 Capacité de travail du point de vue médical

La capacité de travail a diminuée depuis le

Une amélioration de la capacité de travail est possible

Oui

Non

Impossible de répondre

Date de réexamen recommandée

8. Fin

Date

Signature du médecin

Veillez cliquer sur le bouton «Enregistrer comme brouillon» pour sauvegarder une copie d'un rapport incomplet que vous finaliserez plus tard.

Attention! Cliquez sur le bouton «Finaliser et verrouiller ce rapport médical» uniquement après avoir fourni tous les renseignements médicaux demandés. Après avoir cliqué sur ce bouton, tous les renseignements fournis seront verrouillés et il sera impossible d'apporter des ajouts, des modifications ou des suppressions au contenu du rapport.

Enregistrer comme brouillon

Finaliser et verrouiller ce rapport médical