Numéro d’assuré

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Questionnaire pour la révision de l’allocation**

**pour impotent**

Pour les questions posant une alternative Date de la remise

marquer d’une croix ce qui convient de ce questionnaire :

|  |  |
| --- | --- |
| Office AI  **Office cantonal AI**  Av. de la Gare 15  Case postale  1950 Sion | **Assuré** : Nom, prénoms, adresse exacte, NPA, domicile |

1. Impotence

1.1 Votre état de santé s’est-il amélioré🞏 depuis quand ?

aggravé🞏 depuis quand ?

ou est-il toujours le même🞏

1.2 En quoi consiste cette modification éventuelle ?

1.3 Etes-vous actuellement en traitement ou sous contrôle médical ?

(indiquer l’adresse du médecin de famille, des spécialistes et des établissements hospitaliers)

Si oui, auprès de qui Date de la dernière consultation

Si non, auprès de qui étiez-vous en traitement ou sous contrôle médical en dernier lieu ?

1.4 Quel est votre lieu de séjour habituel ?

Veuillez indiquer l'adresse exacte du lieu de séjour :

Le cas échéant, les nom et adresse exacts du foyer, de l'institution, de la communauté ou de l'hôpital (en indiquant la division)

Séjournez-vous temporairement à un autre lieu ? oui  non

Si oui, veuillez indiquer l'adresse exacte du lieu de séjour accessoire :

Le cas échéant, pendant combien de jours par mois ?

Votre caisse-maladie assume-t-elle les frais du séjour hospitalier ?

Nom et adresse de l’assureur maladie :

* 1. Avez-vous besoin, en raison de votre impotence et malgré l’usage de moyens auxiliaires, de l’aide directe ou indirecte, régulière et importante d’autrui pour accomplir les actes ordinaires suivants ?

oui non oui non

se vêtir/se dévêtir 🞏 🞏 aller aux toilettes 🞏 🞏

se lever/s’asseoir/se coucher 🞏 🞏 se déplacer (y c. établir des contacts) 🞏 🞏

manger 🞏 🞏

faire sa toilette 🞏 🞏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Avez-vous besoin de soins permanents ? | de jour | de nuit | non |
| Avez-vous besoin d’une surveillance personnelle ? | de jour | de nuit | non |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uniquement pour les personnes assurées qui ne résident pas dans un home: | | | | | | |
| Avez-vous besoin, à cause de votre atteinte à la santé, d'un accompagnement régulier et permanent pour faire face aux nécessités de la vie (vivre de manière indépendante, avoir des activités et entretenir des contacts sociaux à l'extérieur ou éviter un isolement durable du monde extérieur)? | | | | | | |
|  |  |  |  | | oui | non |
|  |  |  | |  |  |  |

Il y a besoin d’accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie lorsque la personne assurée ne peut pas vivre de manière indépendante sans l’accompagnement d’un tierce personne (pour la structuration de ses journées, pour faire face aux situations se présentant tous les jours <problèmes de voisinage, questions de santé, d’alimentation, d’hygiène, activités administratives simples> ou pour tenir son ménage), a besoin de l’accompagnement d’autrui pour accomplir des activités et établir des contacts hors de son domicile (pour ses achats, ses loisirs, ses contacts avec les services officiels ou le personnel médical, le coiffeur, etc.) ou risque sérieusement de s’isoler durablement du monde extérieur (si un tiers ne s’entretient pas avec elle en la conseillant, la motivant pour établir des contacts, en l’amenant par ex. assister à des manifestations).

**Remarques**

Lieu et date : Signature

**N° de tél. : Privé : …………………………………………………** (à compléter par l’assuré/e)

**Natel : …………………………………………………** (à compléter par l’assuré/e)