

CP 1055, 1951 Sion

 Votre personne de contact:

 No tél. direct:

 V/réf:

Sion, le 27 avril 2020

Contribution d’assistance :

Certificat médical attestant la phase aigüe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne assurée (prénom, nom)**,  | **Date de naissance** | **Numéro AVS** |

,

La personne assurée a fait valoir une aggravation vraisemblablement passagère de son état de santé. Afin de nous permettre d’examiner son droit à un supplément, limité dans le temps, pour phase aigüe en sus de la contribution d’assistance en cas d’impotence faible, nous avons besoin des renseignements suivants

La première partie est à remplir par la personne assurée, son représentant légal ou une personne de confiance.

Les données figurant sur la deuxième page sont à compléter et à motiver par le médecin.

Nous vous prions de répondre dès lors aux questions de la première page et de les faire attester par votre médecin-traitant.

Vous pouvez également télécharger le rapport médical sur notre site web ([www.aivs.ch](http://www.aivs.ch), rubrique guichet en ligne, formulaires médecins, document intitulé CAS006).

En vous remerciant d’avance de votre coopération, nous vous prions d’agréer, , nos salutations les meilleures.

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**

**Identité**

Prénoms Nom de famille

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

Date de naissance (jour/mois/année) Numéro AVS

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

Numéro de téléphone Mobile

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

Adresse Rue, numéro

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

**1. Renseignements sur l’état de santé actuel
A remplir par la personne assurée, son représentant légal ou une personne de confiance**

**1.1**

Description de l’état de santé actuel

|  |
| --- |
|       |

**1.2**

Début de l’aggravation Durée prévisible de l’aggravation

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

**1.3**

Besoin d’aide supplémentaire dans les domaines d’assistance suivants (sans les prestations caisse-maladie)

**Actes ordinaires de la vie**

Se vêtir/se dévêtir [ ]

Se lever/s’asseoir/se coucher [ ]

Manger [ ]

Soins du corps [ ]

Aller aux toilettes [ ]

Supplément d’aide aux actes ordinaires de la vie [ ]

**Ménage**

Organisation/ Administration [ ]

Alimentation [ ]

Entretien du logement [ ]

Achats et courses diverses [ ]

Lessive et entretien des vêtements [ ]

**Autres**

Participation à la vie sociale/organisation des loisirs [ ]

Formation, travail, soins aux enfants, exercice
d’une activité d’intérêt public [ ]

Surveillance [ ]

Prestations de nuit [ ]

Description du genre et de l’étendue de l’assistance supplémentaire nécessaire

|  |
| --- |
|       |

**1.4**

**Signature**

Date et signature de la personne assurée ou de son représentant légal

|  |
| --- |
|       |

Si cette partie n’a pas été remplie par la personne assurée mais par son représentant légal ou une personne de confiance, prière d’indiquer les nom, prénom et numéro de téléphone de cette personne.

|  |
| --- |
|       |

Le supplément est versé au maximum pendant 90 jours consécutifs. La condition est qu’ils soient prévus dans la décision de contribution d’assistance en cas de phase aigüe. Pour chaque établissement de facture à faire valoir en lien avec une phase aigüe, il faut adresser à l’office AI compétent le présent formulaire. Si l’aggravation de l’état de santé perdure, une révision est à examiner.

**2. Attestation médicale
Prière de faire remplir par votre médecin-traitant**

**2.1**

**Raison de l’aggravation aigüe**

[ ]  Forme de poussée de sclérose

[ ]  Phase prépsychotique

[ ]  Phase aigüe (psychotique ou dépressive)

[ ]  Autre

Laquelle?

|  |
| --- |
|       |

Description de la Phase

|  |
| --- |
|       |

Vos constatations concordent-elles avec celles de la personne assurée, de son représentant légal ou de la personne de confiance?

[ ]  oui [ ]  non

Si non, en quoi?

|  |
| --- |
|       |

**2.2**

Pronostic du problème de santé

|  |
| --- |
|       |

Doit-on s’attendre à une aggravation d’une durée supérieure à 3 mois?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, durée prévisible de la phase actuelle

|  |
| --- |
|       |

**2.3**

**Signature**

Prénom, nom, date et signature du médecin

|  |
| --- |
|       |

Pour la facturation de ce questionnaire, appliquer la position TarMed 00.2205 (rapport intermédiaire AI). La consultation et les examens nécessités pour le complètement de ce document peuvent nous être facturés selon le tarif.