****

|  |
| --- |
| **Questionnaire-réponse en vue de**  **réviser l’impotence** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne assurée (Prénom, Nom)**  , | **Date de naissance** | **Numéro AVS** |

**Médecin** :

Nous sollicitons donc votre aide pour réviser la situation de notre assuré(e). Nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous, sur la base de votre dossier, en décrivant **les éventuelles modifications intervenues depuis le dernier rapport médical qui vous est remis en annexe** :

1. Diagnostics principaux responsables de l’impotence :

………………………………………………………………………………………………………………………...…………..……

……………………………………………………………………………………………………………………………………….…

2. Comorbidités susceptibles d’influencer l’impotence :

………………………………………………………………………………………………………………………...…………..……

………………………………………………………………………………………………………………………...…………..……

………………………………………………………………………………………………………………………...…………..……

3. L’état de santé :  est demeuré stationnaire  s’est amélioré  s’est aggravé

1. Dernier examen en date du :       En traitement du :      au :
2. Hospitalisations (depuis votre dernier rapport) Oui  Non    
   Si oui : du       au :       , lieu : ……………………………..   
    du       au :       , lieu : ……………………………..
3. En cas d’aggravation / d’amélioration (selon point 1), veuillez décrire celle-ci de la manière la plus complète

possible ci-dessous et nous indiquer sur quel(s) point(s) votre ancien rapport s’en trouve modifié :

………………………………………………………………………………………………………………………...…………..……

………………………………………………………………………………………………………………………...…………..……

………………………………………………………………………………………………………………………...…………..……

………………………………………………………………………………………………………………………...…………..……

………………………………………………………………………………………………………………………...…………..……

………………………………………………………………………………………………………………………...…………..……

1. Une modification importante est survenue. Je souhaite dès lors obtenir un formulaire pour un rapport médical

complet et procéder à un examen clinque de l’assuré.: Cocher si oui :

1. Pronostic :  stationnaire  susceptible d’amélioration  va en s’aggravant

Date :.......................,…………………. Cachet et signature du médecin

………………………………………