|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invaliditéImpasse de la Colline 1, Case postale, 1762 Givisiez |  |  |
| Nom et adresse du médecin |  | **Numéro AVS :** **Demande du** **Réf :** **T** **V/réf.**  |
| Givisiez,  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Nom, prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Rapport médical intermédiaire en vue de l'actualisation du dossier pour adultes dès le**

o Veuillez également répondre aux questions de la feuille annexée.

1. L'état de santé [ ]  est-il resté stationnaire? [ ]  s'est aggravé ? [ ]  amélioré ?
2. Y a-t-il des changements dans les diagnostics ? [ ]  oui [ ]  non

 Lesquels ont-ils une influence sur la capacité de travail ?

 Depuis quand et dans quelle mesure ?

1. Évolution / Modification du status ?
2. Mesures thérapeutiques / Pronostic :
3. Date du dernier examen médical :
4. **Annexes**

Le service médical de l'office AI vous prie de lui envoyer les rapports d'hospitalisation et des spécialistes, ou alors de lui fournir la désignation exacte de ces documents pour qu'il puisse se les procurer lui-même. D'avance il vous en remercie. Les rapports originaux vous seront retournés après consultation.

Date Cachet et signature du médecin