TUN/LUX 28

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA TUNISIE ET LE LUXEMBOURG

RAPPORT MÉDICAL DÉTAILLÉ

Article 45 de la Convention
Articles 23, 30 et 31 de l'Arrangement administratif

Référence du dossier	au Luxembourg :
	en Tunisie:

1.1	Institution destinataire du rapport
1.1.2	Dénomination……
1.1.3	Adresse……
1.1.4	Référence……..

1.2	Personne examinée
1.2.1	Nom de naissance Prénom du père (pour les assurés tunisiens) ……
1.2.2	Prénoms ……
1.2.3	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin
1.2.4	Date de naissance: ____ / ____ / _____
1.2.5	Nationalité ……
1.2.6	Adresse ……
1.2.7	Dernière profession exercée……
1.2.8	N° d'identification au Luxembourg ……
	N° d'immatriculation en Tunisie ……
1.2.9	Date de présentation de la demande de pension: ____ / ____ / _____
1.2.10	Date de la présentation de la demande pour aggravation : ____ / ____ / _____

1.3	Rapport établi par le médecin
1.3.1	Nom …… Prénom ……
1.3.2	Adresse……
1.3.3	Médecin conseil de (dénomination de l'institution) ……

1.4	Institution qui demande l'examen		
1.4.1	Dénomination ……		
1.4.2	Adresse ……		
1.4.3	Cachet	1.4.4	Date ……
		1.4.5	Signature ……

2.1. Avis fondé sur l'examen pratiqué le (date) ____ / ____ / _____

2.2. Avis fondé sur le rapport médical du (date) ____ / ____ / _____

---

3. Antécédents du patient

3.1. Antécédents médicaux

……
……
……

3.2. Principales plaintes

……
……
……
……

3.2.1 Le patient est en traitement médical chez

……
……

3.3. Traitement en cours

……
……
……

3.4. Antécédents socio-professionnels

……
……
……

3.4.1 L'assuré(e) exerce-t-il /elle une activité professionnelle?

☐ OUI ☐ NON ☐ Nombre d'heures de travail ……

Type d'activité

……

3.4.2. Accidents de travail/ Maladies professionnelles

……
……

3.4.3. Type d'activité exercée en dernier lieu

……

3.4.4. Incapacité de travail ☐ depuis ____ / ____ / _____

A cessé le travail ☐ le ____ / ____ / _____

Nom et Prénom ……..…… **Date ____ / ____ / _____**

4. Examen clinique

4.1. Etat général

Taille …… cm Poids……..kg

Etat nutritionnel ☐ bon ☐ pléthorique ☐ déficitaire

Muqueuses
……
Téguments
……
Etat mental, humeur
……
Observations
……
……
……

4.2. Tête

4.2.1. Acuité visuelle
……
4.2.2. Acuité auditive
……
4.2.3. Autres fonctions sensorielles
……
……

4.3. Cou (observations externes)
……

4.3.1. Examen du corps thyroïde
……

4.3.2. Territoires ganglionnaires
……

4.3.3. Autres
……
……

4.4. Appareil respiratoire
……
……

4.5. Appareil cardio-vasculaire

4.5.1. Cœur
……
4.5.2. Pouls
……
4.5.3. Tension artérielle (au repos)
……
4.5.4. Tension artérielle (seconde mesure)
……
4.5.5. Vascularisation périphérique
……
4.5.6. Œdèmes
……
4.5.7. ECG (au repos)
……
……

Nom et Prénom …… **Date____ / ____ / _____**

4.6. Abdomen

4.6.1. Appareil digestif et viscères intra abdominaux
……
……

4.6.2. Foie
……

4.6.3. Rate
……

4.6.4. Système endocrinien
……

4.7. Appareil génito-urinaire
……
……

4.8. Appareil locomoteur (le cas échéant, utiliser le formulaire “ bilan articulaire” figurant à la page 6)

4.8.1. Colonne vertébrale
……
……
……
……

4.8.2. Membres supérieurs
……
……
……
……

4.8.3. Membres inférieurs
……
……
……
……

4.9. Présence de territoires ganglionnaires adénopathies……

4.10. Résultat de l’examen neurologique
……
……

Mouvements (force et tonus musculaire) ☐ normaux ☐ raides ☐ lents ☐ déficitaires

Marche ☐ Normale ☐ laborieuse ☐ gène droite ☐ gène gauche

Réflexes
……
……

4.11. Symptomatologie neurovégétative
……
……
……
……

4.12. Autres (allergies…)
……
……
……
……

nom et prénom ……..…….. date____ / ____ / _____

5. Explorations fonctionnelles et autres investigations (si nécessaire)

5.1. Fonction respiratoire
……
……
……

5.2. Fonction cardiaque/ECG d'effort
……
……
……

5.3. Doppler artériel et veineux
……
……
……

5.4. Imageries (préciser la date)

5.4.1. Examen radiologique pratiqué ce jour
……
……
……
……

5.4.2. Examens radiologiques antérieurs ou effectués ailleurs
……
……
……
……

5.4.3. Échographie (abdominale)
……
……
……

5.4.4. IRM et autres investigations spéciales
……
……
……

5.5. Examens de laboratoire
……
……
……

5.6. Autres examens
……
……
……

nom et prénom ……..... date____ / ____ / _____

6. Intercalaire à utiliser, le cas échéant, pour consigner le résultat des examens complémentaires.

nom et prénom…….. date____ / ____ / _____

7. diagnostic

(Code ICD, dont l'utilisation est recommandée)

8. Synthèse

8.1 Évolution de la pathologie
……
……
……

8.2 Retentissement sur l'état de santé
……
……
……

8.3 Déficits fonctionnels
……
……
……

8.3 Par rapport à l'examen précèdent (date ____ / ____ / _____)

amélioration ☐ détérioration ☐ état stationnaire ☐

9. L'assuré(e) demeure capable d'exercer de façon régulière les types d'activité suivants.
travaux lourds ☐ travaux mi- lourds ☐ travaux légers ☐

10. Restrictions à prendre en compte.

10.1. Proscrire

exposition à l'humidité ☐ exposition au froid ☐
exposition à la chaleur ☐ exposition au bruit ☐
exposition au gaz, vapeurs, émanations ☐
travail posté ☐ travail nocturne ☐
flexion répetée, port et lavage de charges ☐
gravir plans inclinés, échelles ou escaliers ☐ risque de chute ☐

10.2 Le travail n'est possible.

qu'en position assise ☐ que moyennant des pauses supplémentaires ☐

qu'à l'intérieur ☐ (outre les pauses habituelles) nombre et durée de ces pausées…….
qu'en faisant alterner les postures de travail ☐ qu'en faisant alterner marche, station debout, et position assise ☐
qu'en position assise ☐ qu'en excluant les contraintes de temps ☐

10.3. Il y a diminution de la capacité de travail
du fait que l'assuré(e) n'a pas usage intégral de ses fonctions sensorielles, de ses mains
……
……

est allergique à ……

nom et prénom…… date ____ / ____ / _____

11. Questions complémentaires

11.1. L'assuré(e) peut-il travailler sur écran

OUI ☐ NON ☐

Dans la négative prière d'en préciser la raison……..……
……..……

11.2 L'assuré(e) est-t-il autonome, c'est à dire non tributaire de l'assistance d'une tierce personne, sur son lieu de travail?

OUI ☐ NON ☐

Dans la négative, prière de préciser la raison……..……
……..……..

11.2. L'assuré(e) est-il autonome, c'est à dire non tributaire de l'assistance d'une tierce personne, dans son travail à domicile?

OUI ☐ NON ☐

Dans la négative prière d'en préciser la raison…….....
……..……

11.4. L'assuré(e) peut-il exercer à temps plein son ancienne activité de…….

OUI ☐ NON ☐

Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale) …….

11.5. Un travail adapté est-il possible ?

OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, prière d'en citer quelques exemples……..

11.6. Un travail adapté peut-il être accompli à temps plein?

OUI ☐ NON ☐

Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale)
……..…….

11.7. Aux yeux de la législation du pays de résidence, l'invalidité, pour l'activité exercée en dernier lieu, est

☐ totale ☐ partielle

Si elle est partielle, prière d'en préciser le taux …….

11.8.1 Taux d'invalidité, aux yeux de la législation du pays de résidence, pour toute autre activité correspondant aux aptitudes de l'assuré(e)
…….

11.9. Catégorie d'invalidité dans la législation du pays de résidence.
(À ne préciser que si l'examen médical a été préalable à une décision en matière d'incapacité ou à l'instruction d'une demande de pension d'invalidité)
……..

nom et prénom…… date ____ / ____ / _____

11.10. Les restrictions énumérées sont

(a) permanentes depuis ____ / ____ / _____

(b) temporaires et ne valent que du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____

11.11. Une amélioration de l'état de santé de l'assuré(e) est-elle possible?

OUI ☐ NON ☐ pas de réponse ☐

Dans l'affirmative, prière de préciser la façon d'y parvenir……
……
……

11.12. L'amélioration de la capacité du travail passe-t-elle par

☐ une réadaptation médicale ☐ une réadaptation professionnelle

OUI ☐ NON ☐ pas de réponse ☐

12. Un réexamen de l'assuré(e) est-il nécessaire?

OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, prière de préciser la date ____ / ____ / _____

Date ____ / ____ / _____ Signature de médecin ……..	cachet