UY/LU 9

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL DE 24 DE SETIEMBRE DE 2012 ENTRE EL GRAN DUCADO DE LUXEMBURGO Y LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE DU 24 SEPTEMBRE 2012

ENTRE LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG ET LA REPUBLIQUE ORIENTALE DE L'URUGUAY

INFORME MÉDICO DETALLADO / *RAPPORT MÉDICAL DÉTAILLÉ*

Artículo 22, incisos 3 y 4 del Convenio */ Article 22, paragraphes 3 et 4, de la Convention*
Artículo 10 del Acuerdo Administrativo */ Article 10 de l'Arrangement Administratif*

Cédula de identidad en Uruguay N°	……
N° Dossier au Luxembourg	……

1. INSTITUCIÓN DESTINATARIA / *INSTITUTION DESTINATAIRE*

1.1 Denominación / *Dénomination*

……

1.2 Dirección / *Adresse*

……

……

1.3 Correo electrónico / *Adresse électronique*……

2. PERSONA EXAMINADA / *PERSONNE EXAMINÉE*

2.1 Apellidos / *Nom* Apellido de soltera / *Nom de naissance*

……

2.2 Nombre / *Prénom*

……

2.3 Fecha de nacimiento / *Date de naissance* ……

2.4 Sexo / *Sexe* ☐ M ☐ F

2.5 N° de identificación en Luxemburgo / *N° d'identification au Luxembourg*……

Cédula de identidad en Uruguay / *Carte d'identité en Uruguay*……

2.6 Dirección / *Adresse*……

Correo electrónico / *Adresse électronique* ……

2.7 Último empleo / *Dernière activité exercée*……

2.8 Fecha de presentación de la solicitud de pensión :

Date d'introduction de la demande de pension ……

2.9 Fecha de presentación de la solicitud de revisión por agravamiento de la invalidez/ *Date d'introduction de la demande de révision en raison d'une aggravation de l'invalidité*……

3.	**MÉDICO QUE EXPIDIÓ EL INFORME / *MÉDECIN AYANT ÉTABLI LE RAPPORT***
3.1	Apellido / *Nom* ……
3.2	Nombre / *Prénom* ……
3.3	Dirección / *Adresse* …… ……
3.4	Médico examinador de / *Médecin examinateur de*……

4.	**INSTITUCIÓN QUE SOLICITÓ EL EXAMEN / *INSTITUTION AYANT REQUIS L'EXAMEN***		
4.1	Denominación / *Dénomination* ……		
4.2	Dirección / *Adresse* …… ……		
4.3	Correo Electrónico / *Adresse électronique*..……		
4.4	Sello / *Cachet*	4.5	Fecha / *Date* ……
		4.6	Firma / *Signature* ……

INFORME MÉDICO/*RAPPORT MEDICAL*

Apellido(s), nombre / *Nom et prénoms* : ..... Fecha / *Date*: .....
.....

5.

5.1 Dictamen basado en el examen de (fecha) / *Avis fondé sur l'examen pratiqué le (date)* : .....

5.2 Dictamen basado en el informe médico de (fecha) / *Avis fondé sur le rapport médical du (date)* : .....

6. Antecedentes personales/ *Antécédents personnels*

6.1 Antecedentes médicos / *Antécédents médicaux* : .....
… .....

6.2 Síntomas actuales/ *Symptômes actuels* : .....
.....

6.2.1 Médico tratante actual/ *Médecin traitant actuel* : .....

6.3 Tratamiento actual / *Traitement actuel* :.....
.....

6.4 Antecedentes familiares y profesionales / *Antécédents socioprofessionnels*: .....
.....

6.4.1 El asegurado ejerce en la actualidad una actividad remunerada?
L'assuré exerce-t-il actuellement une activité professionnelle rémunérée?

☐ Si / *Oui* ☐ No / *Non* ☐ Número de horas de trabajo / *Nombre d'heures* : .....

Tipo de empleo actual / *Nature de l'activité* :.....

6.4.2 Accidentes laborales/Enfermedades profesionales / *Accidents du travail/Maladies professionnelles* :
.....

6.4.3 Características del último empleo / *Nature de l'activité exercée en dernier lieu* : .....

6.4.4 ☐ Incapacidad laboral / *Inapte au travail* desde / depuis le .....

☐ Cese de la actividad laboral / *A cessé le travail* el / *le* .....

7. Resultados del reconocimiento médico / *Examen physique*

7.1 Estado general / *Aspect général*

Talla / *Taille* : ..... cm Peso / *Poids* : ..... kg

Estado de nutrición / *État nutritionnel* :

☐ bueno / *bon* ☐ exceso de peso / *surcharge pondérale* ☐ falta de peso / *insuffisance pondérale*

Membranas mucosas / *Muqueuses* :.....

Piel / *Fonction tégumentaire* : .....

Estado mental y emocional / *État mental, humeur* : .....

Observaciones / *Observations* : .....

7.2 Cabeza / *Tête* : .....

7.2.1 Visión / *Acuité visuelle* : .....

7.2.2 Oído / *Acuité auditive* : .....

7.2.3 Otros órganos sensoriales / *Autres organes sensoriels* : .....

7.3 Cuello (observaciones externas) / *Cou (observation externe)* : .....

7.3.1 Examen de la glándula tiroides / *Inspection de la glande thyroïde* : .....

7.3.2 Ganglios linfáticos / *Ganglions lymphatiques* : .....

7.3.3 Otros / *Autres observations* : .....

7.4 Aparato respiratorio / *Appareil respiratoire* : .....

7.5 Sistema circulatorio / *Appareil cardiovasculaire* : .....

7.5.1 Corazón / *Coeur* : .....

7.5.2 Pulso / *Pouls*: .....

7.5.3 Presión arterial (en reposo) / *Tension artérielle (au repos)* : .....

7.5.4 Presión arterial (segunda medición) / *Tension artérielle (mesure de contrôle)* : .....

7.5.5 Vasos periféricos / *Vascularisation périphérique* : .....

7.5.6 Edema / *Oedèmes* : .....

7.5.7 ECG (en reposo) / *Électrocardiogramme (au repos)* : .....

Apellido(s), nombre / *Nom et prénoms* : ..... Fecha / *Date* : .....
.....

7.6	Abdomen / *Abdomen* : .....
7.6.1	Aparato digestivo y órganos intraabdominales / *Appareil digestif et organes intra-abdominaux* : ....
7.6.2	Hígado / *Foie* : .....
7.6.3	Bazo / *Rate* : .....
7.6.4	Sistema endocrino / *Système endocrinien* : .....
7.7	Aparato genitourinario / *Système génito-urinaire* : ..... [Véase la página 4 — Diagramas/ *voir page 4 – diagrammes*]
7.8	Aparato locomotor (en caso necesario, usar el modelo"balance articular", página 4) / *Appareil locomoteur (si nécessaire, utiliser le formulaire « bilan articulaire » figurant à la page 4)* : .....
7.8.1	Columna vertebral / *Rachis* : .....
7.8.2	Extremidades superiores / *Membres supérieurs* : .....
7.8.3	Extremidades inferiores / *Membres inférieurs* : .....
7.9	Presencia de ganglios linfáticos / *Présence de ganglions lymphatiques* : .....
7.10	Resultados de la exploración neurológica / *Examen neurologique*
	Movimiento (potencia y tono) / *Motricité (force et tonus musculaire) :*
	☐ normal / *normale* ☐ rígido / *raideurs* ☐ lento / *ralentie* ☐ débil / *faible*
	Marche/ Marcha :
	☐ normal / *normal* ☐ trabajosa / *pesante* ☐ deficiencia/derecha / *déviée à droite* ☐ deficiencia/izquierda / *déviée à gauche*
	Reflejos / *Réflexes* : .....
7.11	Síntomas psicovegetativos o síntomas físicos de origen psicológico / *Symptomatologie neurovégétative et psychosomatique* : .....
7.12	Otros (alergias, etc.) / *Divers (allergies, etc.)* : .....

8. Pruebas funcionales y otras (en caso necesario)
Exploration fonctionnelle et examens complémentaires (si nécessaire)

8.1	Función pulmonar / *Exploration fonctionnelle respiratoire* :.....
8.2	Función cardiaca/ECG de esfuerzo / *Fonction cardiaque/épreuve d'effort* : .....
8.3	Ecografia Doppler (corazón y vasos) / *Échographie Doppler (cardiovasculaire)* :.....
8.4	Estudios por formación de imágenes (indicar fecha) / *Imagerie (en préciser la date)* : .....
8.4.1	Resultados de la exploración radiológica de hoy *Résultats de l'examen radiologique pratiqué ce jour* : ....
8.4.2	Resultados de anteriores exploraciones radiológicas *o* realizadas en otra parte *Résultats des examens radiologiques antérieurs ou effectués ailleurs* : .....
8.4.3	Ecografia (abdomen y otros) / *Échographies (abdominales, etc.)* :..... .....
8.4.4	Imagen por resonancia magnética (RNM) e investigaciones especiales *IRM et investigations particulières* : ....
8.5	Resultados de laboratorio / *Résultats des examens de laboratoire* : .....
8.6	Otras pruebas / *Autres examens* : .....

Apellido(s), nombre / *Nom et prénoms* : ..... Fecha / *Date*: .....
.....

9.	Hoja complementaria que se deberá cumplimentar, en caso necesario, para hacer constar los resultados de otras exploraciones especializadas *Page supplémentaire à remplir, le cas échéant, pour consigner les résultats d'examens complémentaires spécialisés.*

10.	Diagnóstico / *Diagnostic* : ..... (código CIÉ recomendado / *utilisation du code CIM recommandé*)

.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

DIAGRAMAS / *DIAGRAMMES*

Apellido(s), nombre / *Nom et prénoms* : ..... Fecha / *Date* : .....
.....

11 **Resumen / Synthèse**

Evolución de la enfermedad / *Évolution de la pathologie* : .....

Perjuicio para la salud / *Retentissement sur l'état de santé* : .....

Déficits funcionales / *Déficits fonctionnels* : .....

Comparación con el informe anterior / *Par rapport à l'examen précédent* (fecha / *date*) :.....),

☐ mejoría / *la situation s'est améliorée* ☐ empeoramiento / *s'est détériorée*

☐ sin cambios / *est restée stationnaire*

12. **La persona asegurada sigue siendo capaz de realizar de forma regular un trabajo del siguiente tipo**
***L'assuré demeure capable d'exercer de façon régulière les types d'activité suivants* :**

☐ pesado / *travaux lourds*

☐ medio / *travaux mi-lourds*

☐ ligero / *travaux légers*

13. **Deben tenerse en cuenta las siguientes restricciones / *Restrictions à prendre en compte***

13.1 Se evitará el trabajo / *Proscrire*

☐ en lugar húmedo / *l'exposition à l'humidité*

☐ en lugar frío / *l'exposition au froid*

☐ en lugar a temperatura elevada / *l'exposition à la chaleur*

☐ en lugar ruidoso / *l'exposition au bruit*

☐ en lugar con humo, gases, vapores
l'exposition à la fumée, aux gaz, vapeurs et émanations

☐ por turnos / *le travail posté*

☐ en turno de noche / *le travail de nuit*

☐ en tareas que obliguen frecuentemente al asegurado a encorvase a elevar o transportar objetos
la flexion, le levage et le port de charges fréquents

☐ en tareas que requieran el uso de rampas, escalerillas o escaleras
la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés

☐ con peligro de caída / *les risques de chute*

13.2 La actividad deberá desarrollarse únicamente / *Le travail n'est possible* :

☐ sentado / *qu'en position assise*

☐ con pausas adicionales (además de las habituales) número y duración de las pausas / *que moyennant des pauses supplémentaires (outre les pauses habituelles) nombre et durée de ces pauses :* .....

☐ en sitios cerrados / qu'à l'intérieur

☐ con variación de posturas
qu'en faisant alterner les postures de travail

☐ un trabajo que requiera andar, estar sentado y de pie
qu'en faisant alterner marche, stations debout et assise

☐ sin presión especial por límites de tiempo / *qu'en excluant les contraintes de délais particuliers*

13.3 El rendimiento en el trabajo se ve reducido porque la persona asegurada tiene un uso restringido de sus órganos sensoriales, manos, etc.
Il y a diminution de la capacité de travail du fait que l'assuré n'a pas l'usage intégral de ses fonctions sensorielles, de ses mains, etc.
.....

porque es alérgica a / *est allergique à/au* .....

Apellido(s), nombre / *Nom et prénoms* : ..... Fecha / *Date* : .....
.....

14. **Preguntas complementarias / *Questions complémentaires***

14.1 Puede la persona asegurada realizar un trabajo en pantalla de vídeo? / *L'assuré peut-il travailler sur écran?*

☐ Si / *Oui* ☐ No / *Non*

En caso negativo, especificar la causa / *Dans la négative, en préciser la raison* : .....
.....

14.2 Puede la persona asegurada trabajar sin la ayuda de otra persona en el lugar de trabajo?
L'assuré est-il autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers, sur son lieu de travail ?

☐ Si / *Oui* ☐ No / *Non*

En caso negativo, especificar la causa / *Dans la négative, en préciser la raison* : .....
.....

14.3 Puede la persona asegurada trabajar a domicilio sin la ayuda de otra persona?
L'assuré est-il autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers, dans son travail à domicile ?

☐ Si / *Oui* ☐ No / *Non*

En caso negativo, especificar la causa / *Dans la négative, en préciser la raison* : .....
.....

14.4 Puede la persona asegurada trabajar a tiempo completo en su último puesto de / *L'assuré peut-il exercer à temps plein la dernière activité exercée, à savoir*.....

☐ Si/ Oui ☐ No/ Non

En caso negativo, especificar el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de jornada laboral)/ Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale) ……..

14.5 Puede la persona asegurada realizar trabajo adaptado? / *Un travail adapté est-il possible*?

☐ Si / *Oui* ☐ No / *Non*

En caso afirmativo, citar algunos ejemplos de trabajo / *Dans l'affirmative, en citer quelques exemples* : .....
.....

14.6 Puede la persona asegurada realizar trabajo adaptado a tiempo completo? / *Un travail adapté peut-il être exercé à temps plein?*

☐ Si / *Oui* ☐ No / *Non*

En caso negativo, especificar el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de día laboral) *Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale :*
.....

14.7 La invalidez para el último puesto es, en virtud de la legislación del país de residencia
En vertu de la législation du pays de résidence, l'invalidité, pour activité exercée en dernier lieu, est,

☐ total / *totale* ☐ parcial / *partielle*

En caso de ser parcial, indicar el grado / *En cas d'invalidité partielle, en préciser le taux* : .....

14.8 Grado de invalidez para cualquier otro tipo de trabajo respecto de las aptitudes del interesado con arreglo a la legislación del país de residencia / *Taux d'invalidité, en vertu de la législation du pays de résidence, pour toute autre activité correspondant aux aptitudes de l'intéressé :* .....

14.9 Categoría de invalidez en virtud de la legislación del país de residencia / *Catégorie d'invalidité en vertu de la législation du pays de résidence* : .....
(Cumplimentar únicamente si el reconocimiento médico se llevó a cabo con el fin de determinar si se admite una solicitud de pensión de invalidez o de incapacidad / *à ne préciser que si l'examen médical a été le préalable à une décision en matière d'incapacité ou à l'instruction d'une demande de pension ou de rente d'invalidité)*

14.10 Las restricciones establecidas / *Les restrictions énumérées sont*

☐ son permanentes desde / *permanentes depuis le* .....

☐ son temporales, desde / *temporaires et ne valent que du* ..... hasta / *au* .....

14.11 Es posible mejorar el estado de salud actual? / *Une amélioration de l'état de santé actuel de l'assuré est-elle possible?*

☐ Si / *Oui* ☐ No / *Non* ☐ No es posible responder / *impossible de répondre*

En caso afirmativo, indicar las medidas / *Dans l'affirmative, préciser la façon d'y parvenir* : .....
.....

Apellido(s), nombre / *Nom et prénoms* : ..... Fecha / *Date* : .....
.....

14.12 Puede mejorarse la capacidad de trabajo mediante / *L'amélioration de la capacité de travail passe-t-elle par :*

☐ rehabilitación médica? / *une rééducation médicale* ?

☐ rehabilitación profesional? / *une réadaptation professionnelle* ?

☐ Si / *Oui* ☐ No / *Non* ☐ No es posible responder / *Impossible de répondre*

15. Será necesario realizar un nuevo reconocimiento en el futuro?
Un réexamen ultérieur de l'assuré est-il nécessaire ?

☐ Si / *Oui* ☐ No / *Non*

En caso afirmativo, indicar la fecha / *Dans l'affirmative, en préciser la date* …….

16. MÉDICO QUE EXPIDIÓ EL INFORME / *MÉDECIN AYANT ÉTABLI LE RAPPORT*

Sello / *Cachet* Fecha / *Date*
……..……..

Firma del médico / *Signature du médecin*
……