

CAISSE D'ASSURANCE
VIEILLESSE INVALIDITE
ET MALADIE
DES CULTES



cavimac

Dossier médical confidentiel
à produire à l'appui
d'une demande de pension d'invalidité

► **Pour nous contacter :**

**Vous désirez des informations complémentaires,
vous souhaitez nous rencontrer,**

- **appelez-nous au 01 41 58 45 45**
- **connectez-vous sur le site www.cavimac.fr**



III. TRAITEMENT

IV. APPRÉCIATION DES CONDITIONS D'OCTROI DE LA MAJORATION POUR TIERCE PERSONNE

Le malade examiné :

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Peut-il se lever, se coucher seul ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Peut-il s'asseoir, se lever seul d'un siège ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Peut-il se déplacer seul dans son logement ?
(y compris en fauteuil roulant) | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Peut-il s'installer seul dans son fauteuil roulant et en sortir seul ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pourrait-il se relever seul en cas de chute ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pourrait-il quitter seul son logement en cas de danger ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 7. Peut-il se vêtir ou se dévêtir totalement seul ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Peut-il se vêtir ou se dévêtir partiellement seul ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 8. Peut-il manger et boire seul ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 9. A-t-il besoin d'aide pour aller uriner et aller à la selle ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 10. Peut-il mettre seul son appareil orthopédique ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 11. En cas de troubles psychiques, présente-t-il un danger grave pour lui-même ou pour autrui ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

COMMENTAIRES

V. PRINCIPALES AFFECTIONS INVOQUÉES À L'APPUI DE LA REQUÊTE

VI. APPRECIATION DES POSSIBILITÉS D'ACTIVITÉ RESTANTES

- a) Physiques :
- b) Psychiques :

VII. DISCUSSION

VIII. CONCLUSION

L'assuré semble en mesure d'effectuer une activité, même restreinte	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
L'assuré semble en mesure d'accomplir seul les actes ordinaires de la vie	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Fait à _____ Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Le Docteur _____

Médecin traitant