



Zukunftskeess
CAISSE POUR L'AVENIR DES ENFANTS

Guichets: 34, avenue de la Porte-Neuve
B.P. 394 · L-2013 Luxembourg
Tél. (352) 47 71 53-1
www.cae.lu

Formulaire CM1



Certificat médical à joindre à la demande pour l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire

rempli à la demande des parents

rempli sur initiative du médecin

Informations relatives à l'enfant examiné

Enfant examiné:	Adresse:																				
Nom: _____	Rue: _____																				
Prénom: _____	Numéro: _____																				
Numéro matricule de la sécurité sociale:	Code postal: _____																				
<table border="1"><thead><tr><th>Année</th><th>Mois</th><th>Jour</th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Année	Mois	Jour																		Localité: _____
Année	Mois	Jour																			
	Pays: _____																				

Avis médical relatif à l'enfant examiné

Pathologie principale à l'origine du handicap:
<p style="text-align: right;">Code ICD10: <input type="text"/></p>

Autres pathologies:

Histoire de la (des) pathologie(s) à l'origine du handicap:
Date de découverte de la pathologie : ____ / ____ / ____
Date de première intervention : ____ / ____ / ____
Veillez préciser les conséquences pour le patient concernant les fonctions neuro-psychiques, motrices, sensorielles, cardio-respiratoires, métaboliques, urinaires ou autre :

Description médicale actuelle:

Veillez préciser les troubles constatés, la fréquence des crises, douleurs et déficiences :

Nature et durée des traitements:

Veillez préciser la nature et la fréquence des traitements ainsi que les contraintes liées à ces traitements et le cas échéant leurs effets secondaires:

Prises en charges régulières et récentes:

* Hospitalisations: Durée: du _____ au _____

Raisons: _____

* Consultations médicales spécialisées:

Date(s) dernière(s) consultation(s): ____ / ____ / _____ , ____ / ____ / _____ , ____ / ____ / _____

Veillez joindre les rapports d'hospitalisation et de consultations spécialisées



Capacités de l'enfant par rapport à un enfant sain du même âge:

* Mobilité:

* Communication:

* Comportement dans les relations interhumaines:

* Autonomie par rapport à un enfant sain du même âge:

* Veuillez préciser les aides supplémentaires nécessaires pour l'habillement, la toilette, l'hygiène corporelle, l'alimentation, les transports, la scolarité, les jeux, les loisirs, etc. ... :

* Veuillez préciser le temps nécessaire pour ces aides supplémentaires:

* Veuillez préciser les personnes en charge de ces aides:

Perspective d'évolution:

* Stabilité:

* Aggravation:

* Etat fluctuant (préciser fréquence des crises, troubles, déficiences):

* Amélioration (préciser la durée de la limitation des capacités):

Avis médical:

Estimation du taux de déficience par rapport à un enfant sain du même âge compte tenu du handicap fonctionnel, des douleurs, des contraintes thérapeutiques et des contraintes de son entourage :

_____ %

Coordonnées du médecin traitant:

Cachet / Nom et adresse du médecin traitant:

Date: ___ / ___ / _____

Signature du médecin traitant:



Envoi de la demande

Le présent certificat est à compléter en âme et conscience par le médecin traitant.

Il est à joindre au formulaire de demande d'une allocation spéciale supplémentaire et à retourner sous pli fermé à la

Caisse pour l'avenir des enfants
B.P. 394
L-2013 Luxembourg

Traitement des données

Le traitement des données fournies se fera en conformité avec la loi du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

