



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"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></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 : ____ / ____ / ____
Veuillez 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 à caractère personnel

Les informations vous concernant recueillies sur ce formulaire sont traitées sur base de la loi portant sur les prestations familiales et du code de la sécurité sociale. Vous pouvez obtenir des informations complémentaires quant aux droits dont vous bénéficiez dans le cadre de la collecte de vos données personnelles selon les articles 13 et 14 du Règlement général pour la protection des données sur le site Internet de la CAE (www.cae.lu) – rubrique «Protection des données» – dans laquelle vous trouverez également les coordonnées du délégué à la protection des données.

