

**COMMISSION ADMINISTRATIVE
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**

Voir «Instructions» à la page 10

E 213**CH****RAPPORT MÉDICAL DÉTAILLÉ**

Règlement 1408/71: article 39 à 41 et article 87

1.1	Institution destinataire		
1.1.1	Dénomination		
1.1.2	Adresse ⁽²⁾		
	Pays	Téléphon, Mail	
1.1.3	Référence		

1.2	Personne examinée			
1.2.1	Nom ⁽³⁾			
1.2.2	Prénoms			
	Noms antérieurs ⁽³⁾			
	Lieu de naissance ⁽⁴⁾			
1.2.3	Date de naissance	Sexe	Nationalité	D.N.I. ⁽⁵⁾
1.2.4	Adresse ⁽²⁾			
	Pays	Téléphon, Mail		
1.2.5	Dernière prof. exercée ⁽⁶⁾			
1.2.6	Numéro d'immatriculation			
1.2.7	Numéro de pension			
1.2.8	Numéro de dossier			
1.2.9	Date de présentation de la demande de pension			
1.2.10	Date de présentation de la demande pour aggravation			

1.3	Rapport établi par le Dr		
1.3.1	Nom		
1.3.2	Adresse ⁽²⁾		
	Pays	Téléphon, Mail	
1.3.3	Médecin contrôleur de ⁽⁷⁾		

1.4	Institution qui demande l'examen			
1.4.1	Dénomination			
1.4.2	Adresse ⁽²⁾			
	Pays	Téléphon, Mail		
1.4.3	N° du dossier	1.4.5	Date	
		1.4.6	Signature	

- 2.1 Avis fondé sur l'examen pratiqué le
- 2.2 Avis fondé sur le rapport médical du

3 Antécédents

3.1 Antécédents médicaux

3.2 Principales plaintes

3.2.1 En traitement chez

3.3 Traitement en cours

3.4 Antécédents socio-professionnels ⁽⁶⁾

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

non

oui

nombre d'heures

Type d'activité

3.4.2 Accidents du travail/maladies professionnelles

3.4.3 Type de l'activité exercée en dernier lieu

3.4.4 Incapacité de travail oui depuis

A cessé le travail oui

le

4	Examen clinique
4.1	État général
	Taille <input type="text"/> cm Poids <input type="text"/> kg
	État nutritionnel <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> pléthorique <input type="checkbox"/> déficitaire
	Muqueuses <input type="text"/>
	Téguments <input type="text"/>
	État mental, humeur <input type="text"/>
	Observations <input type="text"/>
4.2	Tête <input type="text"/>
4.2.1	Acuité visuelle <input type="text"/>
4.2.2	Acuité auditive <input type="text"/>
4.2.3	Autres fonctions sensorielles <input type="text"/>
4.3	Cou <input type="text"/>
4.3.1	Corps thyroïde <input type="text"/>
4.3.2	Territoires ganglionnaires <input type="text"/>
4.3.3	Autres résultats <input type="text"/>
4.4	Appareil respiratoire <input type="text"/>
4.5	Appareil cardio-vasculaire <input type="text"/>
4.5.1	Cœur <input type="text"/>
4.5.2	Pouls <input type="text"/>
4.5.3	TA (au repos) <input type="text"/>
4.5.4	TA (2. mesure) <input type="text"/>
4.5.5	Vascularisation périphérique <input type="text"/>
4.5.6	Œdèmes <input type="text"/>
4.5.7	ECG (de repos) <input type="text"/>
4.6	Abdomen <input type="text"/>
4.6.1	Appareil digestif et viscères intra-abdominaux <input type="text"/>
4.6.2	Foie <input type="text"/>
4.6.3	Rate <input type="text"/>
4.6.4	Système endocrinien <input type="text"/>
4.7	Appareil génito-urinaire <input type="text"/>

4.8 Appareil locomoteur (le cas échéant, utiliser le formulaire «Bilan articulaire» figurant à la page 5)

4.8.1 Rachis

[Empty text area for 4.8.1]

4.8.2 Membres supérieurs

[Empty text area for 4.8.2]

4.8.3 Membres inférieurs

[Empty text area for 4.8.3]

4.9 Adénopathies

[Empty text area for 4.9]

4.10 Examen neurologique

Mouvements (force et tonus musculaire) normaux raides lents déficitaires
Marche normaux laborieuse gêne droite gêne gauche
Réflexes

4.11 Symptomatologie neurovégétative

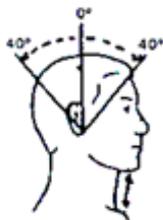
[Empty text area for 4.11]

4.12 Divers (allergies, etc)

[Empty text area for 4.12]

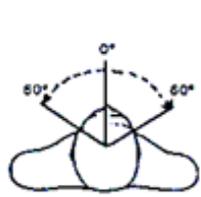
Bilan articulaire

Ne sont à noter que les valeurs pathologiques ou les valeurs normales strictement indispensables

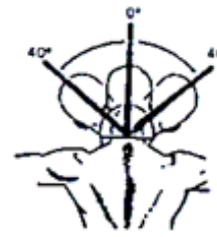


extension/flexion
40-0-40

distance menton/sternum cm



rachis
rotation
droite/gauche
60-0-60



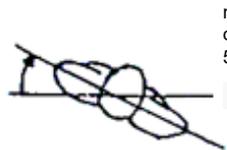
inclinaison latérale
droite/gauche
40-0-40



Schober
8-10-15 cm

-10- cm

FBA cm

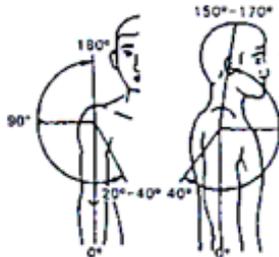


rotation
droite/gauche
50-0-50



inclinaison latérale
droite/gauche
30-0-30

épaule



abduction/adduction
160-0-40

D °

G °

rotation externe/interne
50-0-95

D °

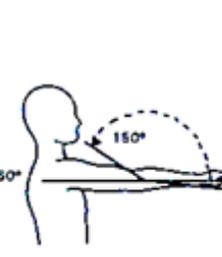
G °

antépulsion/rétropulsion
40-0-160

D °

G °

coude

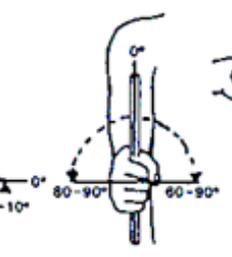


extension/flexion
10-0-150

D °

G °

poignet



supination/pronation
85-0-85

D °

G °

extension/flexion
50-0-50

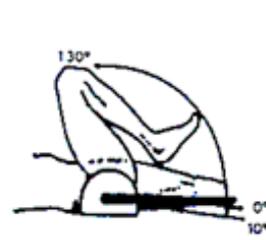
D °

G °

abduction/adduction
35-0-20

D °

G °

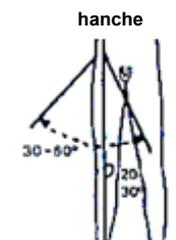


extension/flexion
10-0-130

D °

G °

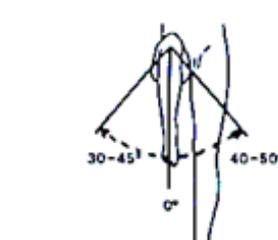
hanche



abduction/adduction
50-0-25

D °

G °

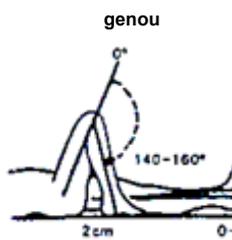


rotation externe/interne
35-0-45

D °

G °

genou

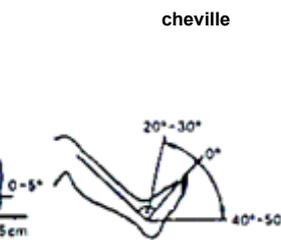


extension/flexion
50-0-150

D °

G °

cheville



extension/flexion
40-0-25

D °

G °



périmètre, en cm

	D	G
bras (15cm au-dessus de l'épicondyle)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
coude	<input type="text"/>	<input type="text"/>
avant-bras (10cm en dessous de l'épicondyle)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
poignet	<input type="text"/>	<input type="text"/>
métacarpe (sans le pouce)	<input type="text"/>	<input type="text"/>



périmètre, en cm

	D	G
cuisse (20cm au-dessus de l'interligne articulaire interne)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
prérotulien	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jambe (15cm en dessous de l'interligne articulaire interne)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jambe (plus petit périmètre)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
malléoles	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5	Explorations fonctionnelles et autres investigations (si nécessaire)
5.1	Exploration fonctionnelle respiratoire
5.2	Fonction cardiaque/ECG d'effort
5.3	Doppler artériel et veineux
5.4	Imagerie (avec prière d'en 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, etc.)
5.4.4	IRM et autres investigations
5.5	Examens de laboratoire
5.6	Autres examens

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

7 Diagnostic (Code ICD, dont l'utilisation est recommandée)

Type	Code	Nom

8 Synthèse

Évolution de la pathologie

Retentissement sur l'état de santé

Déficits fonctionnels

Par rapport à l'examen précédent (pratiqué le)

il y a 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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> exposition à l'humidité | <input type="checkbox"/> exposition au froid |
| <input type="checkbox"/> exposition à la chaleur | <input type="checkbox"/> exposition au bruit |
| <input type="checkbox"/> exposition aux gaz, vapeurs, émanations | |
| <input type="checkbox"/> travail posté | <input type="checkbox"/> travail nocturne |
| <input type="checkbox"/> flexion répétée, port et levage de charges | |
| <input type="checkbox"/> gravir plans inclinés, échelles ou escaliers | <input type="checkbox"/> risque de chute |

10.2 Le travail n'est possible

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> qu'en position assise | <input type="checkbox"/> que moyennant des pauses supplémentaires |
| <input type="checkbox"/> qu'à l'intérieur | nombre et durée de ces pauses |
| <input type="checkbox"/> qu'en faisant alterner les postures de travail | / min |
| <input type="checkbox"/> qu'en excluant les contraintes de temps | <input type="checkbox"/> qu'en faisant alterner marche, station debout et position assise |

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

de ses mains, etc.

est allergique à/au

11 Questions complémentaires

11.1 L'assuré/e peut-il/elle travailler sur écran?

- non oui

Dans la négative, prière d'en préciser la raison:

11.2 L'assuré/e est-il/elle autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers, sur son lieu de travail?

- non oui

Dans la négative, prière d'en préciser la raison:

11.3 L'assuré/e est-il/elle autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers, dans son travail à domicile?

- non oui

Dans la négative, prière d'en préciser la raison:

11.4 L'assuré/e peut-il/elle exercer à temps plein son ancienne activité de:

- non oui

Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail: h

11.5 Un travail adapté est-il possible?

- non oui

Dans l'affirmative, prière d'en citer quelques exemples:

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

- non oui

Dans la négative, prière d'en préciser la durée maximale du travail: h

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

- partielle totale

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

(sans objet pour l'Allemagne et les Pays-Bas)

11.8 Taux d'invalidité, aux yeux de la législation du pays de résidence, pour toute autre activité correspondant aux aptitudes de l'assuré/e

[]

(sans objet pour l'Allemagne, l'Irlande, le Luxembourg et les Pays-Bas)

11.9 Catégorie d'invalidité dans la législation du pays de résidence

[]

(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 d'invalidité)

(sans objet pour l'Allemagne et les Pays-Bas)

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?

non

oui

pas de réponse

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

[]

11.12 L'amélioration de la capacité de travail passe-t-elle par: une réadaptation médicale?

une réadaptation professionnelle?

non

oui

pas de réponse

12 Un réexamen de l'assuré/e est-il nécessaire?

non

oui

Dans l'affirmative, prière d'en préciser la date

[]

[]

Date

[]

Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie.

Il se compose de sept pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays - Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume - Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Rue, numéro, code postal, localité, pays, numéro de téléphone.
- (3) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms de naissance. Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (4) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (5) Si le formulaire est adressé à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (personnummer); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (kennitala); à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution lettone, le numéro d'identité; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (fødselsnummer); à une institution belge, le numéro national d'assuré social (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR) et à une institution du régime des fonctionnaires, le numéro d'identification personnelle (PRS-Kenn-Nr); à une institution autrichienne, le numéro d'assurance autrichien (VSNR); à une institution polonaise, le numéro de référence du dossier de pension pour les personnes qui ont introduit une demande de pension ou de rente ou établi leur droit à pension auprès du système de sécurité sociale polonais, les numéros PESEL et NIP ou NKP (numéro NKP pour un assujéti à l'assurance sociale des exploitants agricoles) pour les personnes qui introduisent une demande de pension polonaise pour la première fois ou, à défaut d'un tel numéro, les série et numéro de la carte d'identité ou du passeport; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général d'assurance et, le cas échéant, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO); à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV). Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant espagnol, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (DNI) ou, s'il s'agit d'un ressortissant étranger, le NIE, dans les deux cas, si ce numéro existe, même si la carte est périmée. A défaut, indiquer "Néant".
- (6) Dans la mesure du possible, indiquer toutes les professions exercées par l'assuré durant sa carrière, le cas échéant en utilisant des intercalaires.
- (7) Sans objet pour la Norvège.
- (8) Pour les besoins des institutions polonaises, remplir aussi la rubrique 1 du formulaire E 213/intercalaire 4

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS NÉERLANDAISES

Questions		Réponses				
		Non	Incidence	Parfois	Régulièrement	Sans restriction
L'assuré est-il capable						
1.	de s'asseoir?	<input type="checkbox"/>				
2.	de se tenir debout?	<input type="checkbox"/>				
3.	de marcher?	<input type="checkbox"/>				
4.	de s'agenouiller / de ramper / de s'accroupir?	<input type="checkbox"/>				
5.	de travailler dos courbé?	<input type="checkbox"/>				
6.	d'effectuer des mouvements fréq. de torsion ou de flexion?	<input type="checkbox"/>				
7.	de se servir de sa nuque?	<input type="checkbox"/>				
8.	de maintenir les bras tendus?	<input type="checkbox"/>				
9.	de maintenir les bras levés?	<input type="checkbox"/>				
10.	de se servir de ses mains / de ses doigts?	<input type="checkbox"/>				
11.	de lever et porter des charges de max. <input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>				
12.	de travailler dans un environnement:	<input type="checkbox"/>				
	- soumis à de brusques variations de température?	<input type="checkbox"/>				
	- fort humide (HR > 90%)?	<input type="checkbox"/>				
	- peu humide (HR < 35%)?	<input type="checkbox"/>				
	- soumis à de fortes variations climatiques?	<input type="checkbox"/>				
13.	de supporter le contact (cutané) intense de substances solides et liquides?	<input type="checkbox"/>				
14.	de supporter les vibrations?	<input type="checkbox"/>				
15.	de porter un équipement de protection?	<input type="checkbox"/>				
16.	de soutenir une cadence de travail contraignante?	<input type="checkbox"/>				
17.	de supporter le désœuvrement forcé?	<input type="checkbox"/>				
18.	de gérer des exigences contradictoires découlant de l'exercice de ses fonctions?	<input type="checkbox"/>				
19.	de gérer les conflits en général?	<input type="checkbox"/>				
20.	de s'acquitter d'un travail monotone?	<input type="checkbox"/>				
21.	de s'acquitter d'un travail répétitif?	<input type="checkbox"/>				
22.	d'assumer des responsabilités?	<input type="checkbox"/>				
23.	de travailler seul?	<input type="checkbox"/>				
24.	de travailler en groupe?	<input type="checkbox"/>				

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS BRITANNIQUES

A. À remplir dans tous les cas

1. Nom et adresse du médecin de la personne visée à la rubrique 1.2

B. À ne remplir que s'il existe un problème de santé mentale

2. Cocher l'une des cases ci-dessous si le sujet présente l'une des maladies ou l'un des handicaps suivants:

- affection psychiatrique (dans l'affirmative, préciser):
- trouble majeur de la personnalité
- incapacité d'apprentissage sévère
- éthylisme ou toxicomanie
- altération de la fonction cérébrale secondaire à une pathologie organique ou à un traumatisme cérébral

Si l'une des cases ci-dessus a été cochée, prière de répondre aux questions 3 à 7

3. Au cours des six derniers mois, a-t-on noté, à un moment quelconque, des aspects suggestifs d'une paranoïa, des thèmes délirants, des hallucinations ou d'autres signes ou comportement franchement psychotiques?
- non oui
4. Le sujet est-il sous neuroleptiques et/ou thymo(ana)leptiques en administration orale ou par injection à effet retard (traitement injectable de longue durée)?
- non oui
5. A-t-il besoin de soins permanents ou d'une surveillance constante liés aux effets de la ou des maladies signalées au point 2 ci-dessus?
- non oui
- Dans l'affirmative, est-il pris en charge dans son environnement familial ou en milieu protégé?
- Environnement familial Milieu protégé
6. Fréquente-t-il un centre de jour (où un personnel qualifié dispense des soins en permanence) à raison d'un jour par semaine au moins?
- non oui

7. Nom et adresse du psychiatre consultant:

8. Commentaires pouvant contribuer à déterminer la sévérité du problème mental, même si aucune des cases du point 2 n'a été cochée:

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS NORVÉGIENNES

1. Si l'incapacité de travail est due à des causes autres que la maladie, en donner une description succincte et préciser dans quelle mesure celles ci contribuent à l'incapacité:

2. Au cours de la période qui a précédé immédiatement l'incapacité actuelle, le patient s'est-il consacré partiellement à des activités domestiques ou a-t-il exercé une activité salarié/non salariée à temps partiel?

non oui

3. La maladie est -elle à l'origine de frais supplémentaires permanents (transport, régime alimentaire, etc.), qui ne sont couverts, en tout ou en partie, par aucun régime de sécurité sociale?

non oui

Dans l'affirmative, prière d'en préciser la nature et le montant:

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS POLONAISES

1. Renseignements relatifs à la rubrique 4.10 "Examens neurologiques":

- Tonus musculaire normal augmenté diminué
Force musculaire normale diminuée (adynamie)
Amplitude motrice

2. L'atteinte fonctionnelle a-t-elle été causée par:

- un accident sur le lieu de travail?
 un accident sur le trajet du travail?
 un accident survenu dans des circonstances particulières?
 un accident survenu en service? Date de l'accident:
 une maladie professionnelle? Date de l'apparition de la maladie professionnelle:
 d'autres circonstances (préciser)?

3.1 La personne examinée requiert-elle l'aide permanente ou de longue durée d'une tierce personne?

- non oui, pour:
- se déplacer à l'intérieur du lieu de vie
 - s'alimenter
 - assurer son hygiène corporelle
 - exercer ses fonctions corporelles
 - accomplir des actes ordinaires de la vie quotidienne à l'extérieur du lieu de vie

3.2 L'état mental de la personne examinée requiert-il l'aide permanente ou de longue durée d'une tierce personne?

- non oui, pour la raison suivante:

4. A ne remplir que s'il existe un problème de santé mentale

4.1 Cocher l'une des cases ci-dessous si la personne examinée présente l'une des maladies ou l'un des handicaps suivants:

- affection psychiatrique (dans l'affirmative, préciser):
 trouble majeur de la personnalité
 incapacité d'apprentissage sévère
 éthyliste ou toxicomanie
 altération de la fonction cérébrale secondaire due à une pathologie organique ou à un traumatisme cérébral

Si l'une des cases ci-dessus a été cochée, répondre aux questions 4.2 à 4.6

E 213 intercalaire 4 PL (suite)

- 4.2 Au cours des six derniers mois, a-t-on noté, à un moment quelconque, des aspects suggestifs d'une paranoïa, des thèmes délirants, des hallucinations ou d'autres signes ou comportements franchement psychotiques?
- non oui
- 4.3 La personne examinée est-elle sous neuroleptiques et/ou thymo(ana)leptiques en administration orale ou par injection à effet retard (traitement injectable de longue durée)?
- non oui
- 4.4 A-t-elle besoin de soins permanents ou d'une surveillance constante liés aux effets de la ou des maladies signalées au point 4.1 ci-dessus?
- non oui
- Dans l'affirmative, est-elle prise en charge dans son environnement familial ou en milieu protégé?
- Environnement familial Milieu protégé
- 4.5 Fréquente-t-elle un centre de jour (où un personnel qualifié dispense des soins en permanence) à raison d'un jour par semaine au moins?
- non oui
- 4.6 Nom et adresse du psychiatre consultant:
-
- 4.7 Commentaires pouvant contribuer à déterminer la sévérité du problème de santé mentale, même si aucune des cases du point 4.1 n'a été cochée:
-

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS HONGROISES

1. L'intéressé requiert-il des soins ou une surveillance constants?

non oui

Dans l'affirmative, est-il pris en charge dans son environnement familial ou en milieu protégé?

Environnement familial Milieu protégé

2. Pour quelles activités l'intéressé a-t-il besoin d'aide?

3. Un équipement thérapeutique est-il nécessaire?

non oui

Dans l'affirmative, lequel?