

1.2 Douleurs et troubles annoncés :

1.3 Statut :

(général et local, fonctions physiques et psychiques affectées, résultats de laboratoire, Rx, ECG, EEG etc.)

1.4 Évolution :

2. Diagnostic (pour la psychiatrie, selon ICD 10) :

3. Traitement :

4. Aptitudes médicales pour le patient à accomplir les actes suivants :

<p>a) passer le test oral de français de niveau B1 du Cadre européen commun de référence pour les langues (CECR)</p> <p><i>Il est évalué la possibilité de la personne à prendre part sans préparation à une conversation sur des sujets familiers ou d'intérêt personnel qui concernent la vie quotidienne (par exemple famille, loisirs, travail, voyage et actualité), à s'exprimer de manière simple afin de raconter des expériences et des événements, ses rêves, ses espoirs ou ses buts, <u>ainsi qu'à donner les raisons et explications de ses opinions ou projets.</u></i></p>	<p><u>Préavis du médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> <u>patient-e apte*</u><input type="checkbox"/> <u>patient-e apte sous conditions*</u><input type="checkbox"/> <u>patient-e inapte*</u> <p><u>Motifs (obligatoires)* :</u></p> <p><u>Pronostic médical, à court (1 an) et à moyen (2-3 ans) termes, quant à la capacité d'apprentissage du patient ou de la patiente:</u></p>
<p>b) passer le test écrit de français de niveau A1 du CECR</p> <p><i>Il est évalué la possibilité de la personne de lire des textes courts dans des situations formelles ou non de la vie quotidienne ou professionnelle, ainsi que de rédiger des textes courts (60-70 mots) <u>respectant le registre de langage et les règles d'orthographe et de grammaire</u> dans des situations formelles ou non de la vie quotidienne ou professionnelle.</i></p>	<p><u>Préavis du médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> <u>patient-e apte*</u><input type="checkbox"/> <u>patient-e apte sous conditions*</u><input type="checkbox"/> <u>patient-e inapte*</u> <p><u>Motifs (obligatoires)* :</u></p>

5. Remarques éventuelles du médecin :

(Lieu et date)

(Timbre et signature du médecin)