Hémophilie

Centres de référence et centre de coordination national

**RAPPORT MEDICAL**

à annexer au *formulaire de demande d'intervention*

*dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle*

CE RAPPORT DOIT DÉMONTRER QUE LE BÉNÉFICIAIRE

RÉPOND AUX CONDITIONS DE LA CONVENTION

**Identification du centre**

Numéro d’identification :

Dénomination :

Rue, n° :

Code postal, localité :

**I. DONNÉES ADMINISTRATIVES**

1.1. Identification du bénéficiaire

Nom et prénom :

Date de naissance :

Numéro d’inscription auprès de l’organisme assureur :

1.2. Période demandée

Date de début de la période demandée :

**II. DONNÉES MÉDICALES**

Le médecin soussigné certifie que le bénéficiaire est atteint (cocher la case adéquate) :

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. de l’une des formes suivantes d’hémophilie : |
|  | 1.1. hémophile A (déficit du facteur de coagulation VIII), |
|  | 1.2. hémophile B (déficit du facteur de coagulation IX), |
|  | 1.3. trouble de la coagulation de forme rare (déficit du facteur de coagulation I fibrinogène, II, V, VII, X, XI, ou XIII), |
|  |  |
|  | considérée comme sévère (taux de facteur de coagulation < 1% du taux normal), |
|  |  |
|  | 2. d’une maladie de Von Willebrand de type III, caractérisée à la fois par un déficit quantitatif sévère du facteur de Von Willebrand antigène (taux < 1% du taux normal) et par un taux de facteur VIII coagulant (FVIIIc) < à 5% du taux normal. |

Autres précisions et/ou observations éventuelles :

|  |  |
| --- | --- |
| Le médecin du centre conventionné certifie que toutes les obligations et conditions reprises dans la convention sont remplies pour ce bénéficiaire. | Le médecin du centre conventionné  (date, nom, n° d'identification INAMI, signature) |