|  |
| --- |
| **RAPPORT MEDICAL****DEMONTRANT QUE LE BENEFICIAIRE REPOND AUX CONDITIONS D’INTERVENTION****DANS LE COÛT DU PROGRAMME D’ACCOMPAGNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE****DE LA TRANSIDENTITE** |

**À annexer au formulaire de demande d’intervention dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle**

**I. DONNEES ADMINISTRATIVES**

1.1 Identification du bénéficiaire

|  |
| --- |
|  |

(Apposer une vignette.)

# 1.2 Identification du centre conventionné

Numéro d’identification : 7.76.2 . . . . . . Nom et adresse :

 Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

**II. DONNEES MEDICALES**

Le médecin soussigné déclare que le patient[[1]](#footnote-1) :

[ ]  demande une aide psychosociale et/ou médicale concernant son identité ou son expression de genre,

[ ]  présente des symptômes d’une dysphorie de genre ou en a reçu le diagnostic, selon la définition du DSM-5 (codes 302.6 [enfants], 302.85 [adolescents et adultes]), ou éventuellement de la CIM-11, ou d’une édition ultérieure de ces classifications.

La présente demande concerne1:

[ ]  une **première prescription** de séances (individuelles, familiales ou de groupe) et d’entretiens éventuels

 Date de la première séance individuelle : ……/……/……

 Période d’intervention demandée (max. 6 ans) : du ..…./……/….…[[2]](#footnote-2) au ….../……./…….inclus.

[ ]  une demande de **prolongation** de l’intervention dans les coûts des séances et des entretiens éventuels :

Pour ce bénéficiaire :

…………..3 séances individuelles ont déjà été réalisées **avant** son 16e anniversaire

…………..3 séances individuelles ont déjà été réalisées **depuis** son 16e anniversaire

…………..3 séances familiales ont déjà été réalisées **avant** son 16e anniversaire

…………..3 séances familiales ont déjà été réalisées **depuis** son 16e anniversaire

…………..3 séances de groupe ont déjà été réalisées **avant** son 16e anniversaire

…………..[[3]](#footnote-3) séances de groupe ont déjà été réalisées **depuis** son 16e anniversaire

………......4 entretiens ont déjà été réalisés

 Période d’intervention demandée (max. 6 ans) : du ..…./……/…… au ….../……./…….inclus.

[ ]  une **première prescription** pour le **forfait médicaments :** le forfait médicaments ne peut être demandé que si au moins une séance individuelle remboursable a déjà été dispensée au bénéficiaire et si le bénéficiaire doit effectivement être traité avec des analogues de la gonadoréline. Le forfait médicaments ne doit été demandé qu’une seule fois. La période de prise en charge pour le forfait médicaments court à partir de la date de début du traitement par analogues de la gonadoréline, au plus tard jusqu’à la veille du 21e anniversaire du bénéficiaire. Pendant la période accordée, le forfait médicaments peut être facturé pour chaque période de 3 mois au cours de laquelle le bénéficiaire reçoit effectivement un traitement par analogues de la gonadoréline. La dernière période de 3 mois doit s’achever au plus tard la veille du 21e anniversaire du bénéficiaire.

Date de la séance individuelle la plus récente : ………./………./……….

Date de début du traitement aux analogues de la gonadoréline : ………./………./……….

Le **médecin coordinateur du Centre conventionné ou autre médecin que le médecin coordinateur a désigné et qui figure à la liste des médecins pour ce Centre conventionné :** nom, signature et date

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

# III. DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

**Date de réception de la présente demande :** …………/…………../………….

**Décision du médecin-conseil[[4]](#footnote-4) :**

[ ]  Favorable pour

 [ ]  les séances (séances individuelles, séances familiales et séances de groupe) et entretiens

 [ ]  les forfaits médicaments

[ ]  Défavorable pour

 [ ]  les séances (séances individuelles, séances familiales et séances de groupe) et entretiens

 [ ]  les forfaits médicaments

parce que :

……………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

[ ]  Autre : ………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. 1 Cochez la ou les cases adéquates. [↑](#footnote-ref-1)
2. La date de début de la période d’intervention doit correspondre à la date durant laquelle la première séance individuelle a été réalisée. [↑](#footnote-ref-2)
3. Mentionnez le nombre de séances qui ont déjà été réalisées pour le bénéficiaire durant la / les périodes précédemment accordée(s).

4 Mentionnez le nombre d’entretiens qui ont déjà été réalisés pour le bénéficiaire durant la / les périodes précédemment accordée(s). [↑](#footnote-ref-3)
4. Cochez la ou les cases adéquates. [↑](#footnote-ref-4)