

C51) Notification pour une intervention pour des d'aliments diététiques en cas de GALACTOSEMIE

<u>Identification du bénéficiaire</u>
Nom, prénom :
Adresse :
Date de naissance :
Numéro INSS:

Je soussigné, médecin spécialiste en pédiatrie déclare que le patient susmentionné est en traitement chez lui/elle pour galactosémie. Il/elle tient son dossier à disposition du médecin-conseil pour confirmation du diagnostic avec les résultats de :

- l'analyse intra-érythrocytaire du galactose 1 phosphate
- la détermination du dosage urinaire du galactitol

Aliments prescrits:

<u>Identification du médecin spécialiste en pédiatrie</u> (remplir ou apposer cachet)
Nom, prénom :.....
N° d'ident. INAMI :.....
Date:.....
Signature:.....