|  |
| --- |
| **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 de l’hôpital :

 Nom et adresse du site :

 Nom et numéro de téléphone de la personne de contact du centre :

**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 incongruence de genre ou en a reçu le diagnostic, selon la CIM-11, ou éventuellement le DSM-5 (codes 302.6 [enfants], 302.85 [adolescents et adultes]), ou 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 ou familiale : ……/……/……

 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 :

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

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 MÉDECIN-CONSEIL

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

**Décision du médecin-conseil [[3]](#footnote-3) :**

[ ]  Favorable

[ ]  Défavorable

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 ou familiale) a été réalisée. [↑](#footnote-ref-2)
3. Cochez la ou les cases adéquates. [↑](#footnote-ref-3)