Accompagnement médical et psychosocial

du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines

**RAPPORT MEDICAL**

à annexer au *formulaire de demande d'intervention*

*dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle*

CE RAPPORT DOIT DÉMONTRER QUE LA 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 de la bénéficiaire

Nom et prénom :

Date de naissance :

Numéro d’inscription auprès de l’organisme assureur :

1.2. Type de demande

[ ]  Première demande

 🡪 Premier jour pendant lequel au moins une séance a été réalisée : …./…./……..

 🡪 Deuxième jour pendant lequel au moins une séance a été réalisée : …./…./……..

[ ]  Demande de prolongation (uniquement dans le cas où le capital de 25 séances n’est pas épuisé ou que l’opération de reconstruction n’a pas encore été réalisée)

🡪Date de la première prestation (séance ou opération de reconstruction) réalisée dans la période de prolongation demandée : …./…./……..

[ ]  Je confirme que chaque séance a duré minimum 1 heure sur un seul jour.

1.3. Période demandée

Date de début de la période demandée \* : …./…./……..

Date de fin de la période demandée \*\* : …./…./……..

*\* La date de début de la période demandée correspond, en cas de première demande, à la date de la toute première séance réalisée dans le centre. Cette date doit correspondre à la date de la première séance mentionnée dans la rubrique 1.2 du présent formulaire en cas de première demande.*

*La date de début de la période demandée correspond, en cas de demande de prolongation, à la date de la première prestation (séance ou opération de reconstruction) réalisée dans le centre dans la période de prolongation demandée. Cette date doit correspondre à la date de la première prestation mentionnée dans la rubrique 1.2 du présent formulaire en cas de demande de prolongation.*

*\*\* La date de fin correspond au JJ-1/MM/AAAA+3 ans de la date de début de la période demandée (considérée comme JJ/ MM/AAAA).*

**II. DONNÉES MÉDICALES**

Le médecin soussigné certifie que la patiente porte les séquelles d’une mutilation génitale féminine (MGF) répondant à la définition de l’OMS.

Les mutilations constatées sont du type suivant :

|  |
| --- |
|[ ]  Type 1 – Clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris (petite partie sensible et érectile des organes génitaux féminins) et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris). |
|[ ]  Type 2 – Excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (qui entourent l’orifice vaginal). |
|[ ]  Type 3 – Infibulation : rétrécissement de l’orifice vaginal par la création d’une fermeture. Cette fermeture est réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris. On parle aussi, pour ce type 3, de « rétrécissement de l’orifice vaginal avec recouvrement par l’ablation et l’accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris ». |
|[ ]  Type 4 – Non classées : toutes les autres interventions néfastes pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l’incision, la scarification et la cautérisation. |

Âge de la bénéficiaire : ……. ans.

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) |