

LETTRÉ D'ORIENTATION POUR LES SOINS TRANSGENRES

CENTRE DE SEXOLOGIE ET GENRE

T +32 (0)9 332 60 23 | E gender.aanmelding@uzgent.be

Cher-ère collègue,

Au moyen de ce formulaire, vous pouvez, en tant que psychologue clinicien-ne ou psychiatre, orienter une personne âgée de plus de 24 ans vers les services médicaux de l'UZ Gent chargés des soins transgenres. Aucune évaluation ni aucun suivi psychologique n'est assuré par le Centre de sexologie et genre ; la personne est directement orientée à un service médical.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir un formulaire distinct pour chaque étape d'affirmation de genre. L'avis formulé dans ce document est valable pendant 6 mois.

Sur la base des informations fournies dans le formulaire, un parcours de soins adapté sera attribué à la personne concernée. Cela peut également signifier qu'une admission directe dans le parcours de soins n'est pas possible. En cas de questions ou d'informations peu claires, nous vous contacterons.

Ce document fera partie du dossier patient électronique de la personne concernée à l'UZ Gent.

Transmission de la lettre d'orientation

- Vous pouvez nous envoyer la lettre complétée via l'eHealthBox de notre centre : Centrum voor seksuologie & gender – U.Z. GENT (71067049).
- Votre client-e peut également nous transmettre la lettre accompagnée du [formulaire de demande d'admission](#).

Salutations confraternelles,
Centre de sexologie et genre

LETTRÉ D'ORIENTATION POUR LES SOINS TRANSGENRES

CENTRE DE SEXOLOGIE ET GENRE

T +32 (0)9 332 60 23 | E gender.aanmelding@uzgent.be

▲ COORDONNÉES DE LA PERSONNE ORIENTANTE

Prénom : _____

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

Qualification professionnelle : _____

Numéro d'identification professionnelle (INAMI, visa, etc.) : _____

▲ COORDONNÉES DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Prénom : _____

Nom : _____

Prénom d'usage (s'il diffère du prénom légal) : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

Numéro de registre national (ou numéro BIG) : _____

La personne concernée est-elle néerlandophone ? ☐ Oui ☐ Non, langue maternelle : _____

Médecin généraliste

Prénom : _____

Nom : _____

Commune : _____

▲ ORIENTATION

La personne concernée est orientée pour (*):

☐ Traitement hormonal

☐ Ovariectomie

☐ Phalloplastie

☐ Mastectomie

☐ Colpectomie

☐ Vaginoplastie

☐ Augmentation mammaire

☐ Orchidectomie

☐ Chirurgie faciale d'affirmation de genre

☐ Hystérectomie

☐ Métaïdoïoplastie

☐ Chirurgie de la voix

☐ Autre : _____

(*) Veuillez sélectionner un seul traitement. Remplissez un formulaire distinct pour chaque traitement supplémentaire.

▲ COMPTE RENDU DU PARCOURS DE TRANSITION ET DE LA DEMANDE

Veillez fournir un bref compte rendu des éventuelles étapes sociales et médicales déjà entreprises en lien avec l'identité de genre.

Veillez résumer brièvement les motivations des démarches souhaitées.

▲ RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE

Description de l'identité de genre et de son évolution.

Santé mentale, y compris les éventuels diagnostics.

Durée et fréquence de la relation entre le ou la professionnel·le de la santé mentale et la personne concernée, y compris le type d'accompagnement, de thérapie ou de suivi fourni jusqu'à présent.

Activités quotidiennes : études, activités professionnelles ou autres occupations.

Tous les facteurs sociaux pertinents, tels que l'intégration sociale et les réseaux, le niveau de soutien, la place au sein de la famille d'origine ou les contacts avec celle-ci, ainsi que les relations de couple.

▲ COMPTE RENDU DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

Veuillez fournir une brève description de tout autre élément médical pertinent jugé nécessaire pour la demande médicale.

Veuillez notamment tenir compte des habitudes de consommation d'alcool, du tabagisme, de l'IMC, des médicaments, des allergies, etc.

▲ DÉCLARATION POUR L'INITIATION D'UN TRAITEMENT HORMONAL

En tant que professionnel-le adressant la personne concernée, je confirme (cocher les cases applicables) :

- ☐ La personne concernée présente une incongruence de genre marquée et persistante.
- ☐ Les autres causes possibles d'une apparente incongruence de genre ont été identifiées et exclues.
- ☐ La personne concernée démontre sa capacité à donner un consentement éclairé pour le traitement hormonal d'affirmation de genre envisagé.
- ☐ Les aspects liés à la santé mentale et les conditions physiques susceptibles d'influencer négativement le résultat du traitement ont été évalués. Les risques et les bénéfices ont été discutés.
- ☐ La personne concernée comprend l'impact d'un traitement hormonal d'affirmation de genre sur la fertilité. Les options reproductives ont été explorées.

▲ DÉCLARATION POUR UNE CHIRURGIE D’AFFIRMATION DE GENRE

En tant que professionnel-le adressant la personne concernée, je confirme (cocher les cases applicables) :

- ☐ La personne concernée présente une incongruence de genre marquée et persistante.
- ☐ Les autres causes possibles d’une apparente incongruence de genre ont été identifiées et exclues.
- ☐ La personne concernée démontre sa capacité à donner un consentement éclairé pour l’intervention chirurgicale d’affirmation de genre envisagée.
- ☐ Les aspects liés à la santé mentale et les conditions physiques susceptibles d’influencer négativement le résultat de l’intervention chirurgicale d’affirmation de genre ont été évalués. Les risques et les bénéfices ont été discutés.
- ☐ La personne concernée comprend l’impact de l’intervention chirurgicale d’affirmation de genre sur la fertilité et a exploré les options reproductives.
- ☐ La personne concernée présente une stabilité sous le traitement hormonal d’affirmation de genre (traitement hormonal d’au moins 12 mois, ou plus longtemps si nécessaire pour atteindre le résultat chirurgical souhaité, sauf si l’hormonothérapie n’est pas souhaitée ou est médicalement contre-indiquée).

Si le traitement hormonal d’affirmation de genre ou la suppression gonadique n’est pas cliniquement indiqué, ou si l’intervention ne correspond pas aux souhaits, aux objectifs ou à l’expression de l’identité de genre de la personne concernée, veuillez fournir une explication ci-dessous.

▲ REMARQUES

Avez-vous des questions ou des remarques ?

▲ DÉCLARATION

- ☐ Je confirme avoir examiné cette lettre d’orientation avec la personne concernée.
- ☐ Je déclare rester disponible pour assurer le suivi et l’accompagnement ultérieur de la personne concernée en lien avec la demande de soins décrite ci-dessus.
- ☐ Je suis disponible pour échanger au sujet de la personne concernée avec les membres de l’équipe genre de l’UZ Gent via :
 - ☐ E-mail : _____
 - ☐ Téléphone, de préférence aux moments suivants : _____

▲ PERSONNE ORIENTANTE

Date _____ / _____ / _____

Signature