Adresse expéditeurice

Confidentiel

Adresse destinataire

Concerne : Nom et prénom officiel du/de la patient-e-x Attestation pour séances de logopédie.

(Pour des raisons de cohérence face au rapport individuel entretenu avec la personne susmentionnée, nous parlerons d’elle/de lui/d’ellui au masculin/féminin/neutre en utilisant son prénom usuel désiré dans le reste du courrier.) \* à conserver si l’enregistrement officiel de la personne ne correspond pas au genre et prénom d’usage.

Prénom, nom est actuellement en suivi psychothérapeutique au sein de notre cabinet, ceci depuis date de la première consultation, dans le cadre d'une transition de genre. Cette attestation est établie à la demande du/de la patient-e-x à l’attention du/de la Dr.e Nom, spécialiste en phoniatrie.

Prénom, nom souhaite commencer un travail de féminisation/masculinisation de sa voix afin d’accompagner son processus de transition au plus près de son identité de genre. Cette prise en charge nous paraît pleinement indiquée et cohérente face au cheminement de notre patient-e-x. En accord avec les standards de soins pour la santé des personnes transgenres (WPATH), nous vous référons notre patient-e-x pour entamer ce suivi.

Le diagnostic d’incongruence de genre (CIM 11 : HA60) est confirmé par l’évolution clinique observée jusqu’à ce jour selon les standards de soin actuels de la WPATH et nous attestons de la persistance et du sérieux de la démarche de notre patient-e-x. Aucun autre diagnostic ou cooccurrence n'est à même d'expliquer les difficultés rencontrées par la personne. De plus, sa capacité de discernement et d’auto-détermination sont tout à fait intègre.

Nous restons à votre disposition pour toutes questions complémentaires ou besoin de coordination.

Formules d’usages