

Dans le cas où il s’agit d’un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté(e) dans le diagnostic et le traitement de l’arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire :

J’estime être expérimenté(e) dans la prise en charge (diagnostic et traitement) de patients pédiatriques atteints de l’arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire sur base des éléments suivants:

1. Je suis attaché(e) depuis □□□ mois (depuis le □□ / □□ / □□□□) au centre mentionné ci-après, spécialisé dans la prise en charge pluridisciplinaire de la rhumatologie pédiatrique :

Le nom et l’adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :
.....
.....
.....
.....

2. Autres éléments que j’estime pertinents :
.....
.....
.....
.....(Références complémentaires éventuelles en annexe: □).

III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté(e) dans le diagnostic et le traitement de l’arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | | | - | | | - | | | | | (n° INAMI)

| | | | / | | | | / | | | | | (date)

 (cachet) (signature du médecin)