

DATE

Monsieur / Madame,

[NOM DU PATIENT] a reçu un diagnostic de Lipœdème (ICD-11 EF02.2 tel que reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé) et requiert **les interventions médicales nécessaires** suivantes pour améliorer sa qualité de vie et réduire la douleur :

- Thérapie compressive avec des vêtements compressifs à mailles plates de classe II aux membres atteints
- Thérapies par drainage manuel lymphatique (DML) pratiquées par un professionnel spécialisé en lipœdème / lymphoedème
- (Si indiquées) chirurgies de réduction du lipœdème en plusieurs étapes pratiquées par un plasticien certifié et expérimenté dans le traitement du lipœdème. À l'heure actuelle, **la chirurgie de réduction du lipœdème n'est pas disponible au Canada**. Ce patient pourrait devoir recourir à des soins médicaux à l'extérieur du pays pour soigner sa condition.
- (En cas de voyage hors Canada pour une chirurgie) le patient devra être accompagné lors du voyage pour l'assister dans ses activités de la vie quotidienne et ses déplacements suite aux chirurgies.

Cordialement,

[SIGNATURE DU CLINICIEN]