



**D/ Quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement ?**

**E/ Evolution et pronostic de la / des pathologie(s) mentionnée(s) à la rubrique B**

**F/ Si d'application : quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? Une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise (soins de proximité) ?**

**G/ Nombre d'annexes jointes au présent certificat :**

**Date :**

**NOM, signature et cachet du médecin :**

**n° INAMI :**

**ATTENTION – Remarques importantes**

*L'Office des Etrangers doit pouvoir identifier le médecin intervenant dans le dossier. Il est donc dans l'intérêt du patient que le nom et numéro INAMI du médecin soient lisiblement indiqués.*

*L'Office des Etrangers a le droit de faire vérifier la situation médicale du patient par un médecin désigné par l'administration (Article 9ter)<sup>2</sup>.*

*Avec l'accord du patient, le présent certificat médical peut être accompagné d'un rapport médical plus détaillé (loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)*

---

<sup>2</sup> Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers