

PAGE DE COUVERTURE (feuille 1/3)

Demande concernant la poursuite de la psychothérapie psychologique après la 30^e séance (version 1.0)

Médecin prescripteur* (*champs obligatoires)

Nom*

Adresse*

Tél./e-mail*

RCC (ou GLN)*

Diplômes de formations initiale et postgrade*

Date*

Signature et cachet du médecin prescripteur*

Patient/e* (*champs obligatoires)

Nom*

Prénom*

Date de naissance*

Sexe*

Rue*

NPA/localité*

Téléphone*

Assurance*

N° d'assuré/e:

- Remarques/informations complémentaires

1. Partie : rapport du/de la psychothérapeute psychologique

Patient/e (conformément à la page de couverture)* (*champs obligatoires)

Nom*

Prénom*

Psychothérapeute psychologique*

Nom*

Institution

Adresse*

Tél./e-mail*

RCC (ou GLN)*

Préambule : le présent rapport doit servir à documenter les informations exigées par la loi (art. 11b OPAS).

- Anamnèse/symptômes au début de la thérapie (description détaillée pour le premier rapport avant la 30^e séance, bref résumé pour les rapports ultérieurs)*
- Evaluation diagnostique (y c. code CIM)*
- A-t-on connaissance de thérapies antérieures ?* oui non
Si oui, quelles sont-elles ?
- Type et cadre de la thérapie actuelle*
- Déroulement de la thérapie jusqu'à ce jour, indication de poursuite de la thérapie et objectif*
- Proposition pour la suite de la procédure : fréquence des séances, durée probable, évaluation du pronostic*
- Remarques/informations complémentaires

Date*

Signature et cachet du/de la psychothérapeute psychologique*

2. Partie : évaluation du cas par un médecin spécialiste

Médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou en psychiatrie et psychothérapie de l'enfance et de l'adolescence*

Nom*/institution

Adresse*

Tél./e-mail*

RCC (ou GLN)*

Préambule : la 1^{re} partie du rapport du/de la psychologue-psychothérapeute doit être entièrement remplie et signée. A défaut, le médecin spécialiste ne pourra pas procéder à l'évaluation du cas.

- Consultation et évaluation par le médecin spécialiste sur la base de l'examen du patient/de la patiente*
 - oui Date :
 - non Motif :
- Diagnostic (y c. code CIM)*
- Indication de la thérapie* oui non
- Evaluation du déroulement/objectifs atteints à ce jour/cadre/médication*
- Evaluation de la proposition concernant la suite de la procédure (fréquence des séances, durée probable, évaluation du pronostic)*
- Autres remarques concernant la thérapie

Date*

Signature et cachet du médecin spécialiste*