**PAGE DE COUVERTURE (feuille 1/3)**

**Demande concernant la poursuite de la psychothérapie psychologique après la 30e séance**

**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 30eséance, 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\*

1. **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 1re 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\*