

## PAGE DE COUVERTURE (feuille 1/3)

### Demande concernant la poursuite de la psychothérapie psychologique après la 30<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>re</sup> 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\*