

## 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 \*