**SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO (foglio 1/3)**

**Richiesta per la prosecuzione della psicoterapia psicologica dopo la 30a seduta (versione 1.0)**

**Medico prescrivente\*(**\*campi obbligatori)

Nome\*

Indirizzo\*

Tel./e-mail\* RCC (o GLN)\*

Titolo di formazione di base e postgraduale\*

Data\* Firma e timbro del medico prescrivente\*

**Paziente\* (**\*campi obbligatori)

Cognome\* Nome\*

Data di nascita\* Sesso\*

Via\* NPA e località\*

Telefono\*

Assicurazione\* N. d’assicurazione

|  |
| --- |
| * Note/commenti integrativi
 |

**Parte 1: rapporto dello/a psicologo/a psicoterapeuta**

**Paziente (secondo la scheda di accompagnamento)\* (**\*campi obbligatori)

Cognome\* Nome\*

**Psicologo/a psicoterapeuta**\*

Nome\* Istituto

Indirizzo\*

Tel./e-mail\* RCC (o GLN)\*

|  |
| --- |
| *Preambolo: in questo rapporto devono essere documentate le informazioni richieste dalla legge (art. 11b OPre).** Anamnesi/sintomi all’inizio della terapia (descrivere dettagliatamente se si tratta del primo rapporto prima della 30a seduta, brevemente se il rapporto è successivo)\*
* Valutazione diagnostica (incl. n. ICD)\*
* È noto se il/la paziente è stato/a precedentemente sottoposto/a ad altre terapie?\* ☐ sì ☐ no

 Se sì, quali* Tipologia e setting della terapia corrente\*
* Andamento della terapia sino ad oggi, indicazione medica rispetto alla continuazione della terapia e all’obiettivo\*
* Proposta per il prosieguo: frequenza delle sedute, durata presumibile, valutazione della prognosi\*
* Note/commenti integrativi
 |

Data\* Firma e timbro dello/a psicologo/a psicoterapeuta\*

**Parte 2: valutazione del caso da parte del medico specialista**

**Medico specializzato/a in psichiatria e psicoterapia oppure in psichiatria e psicoterapia dell’età evolutiva\***

Nome\*/istituto

Indirizzo\*

Tel./e-mail\* RCC (o GLN)\*

|  |
| --- |
| *Preambolo: la Parte 1: rapporto dello/a psicologo/a psicoterapeuta deve essere compilata in tutte le sue parti e firmata affinché il medico specialista possa procedere con la valutazione del caso.** Consulto e valutazione da parte del medico specialista in seguito ad esame del(la) paziente\*

 ☐ sì Data:☐ no Motivo * Diagnosi (incl. n. ICD)\*
* Rilasciata indicazione terapeutica\* ☐ sì ☐ no
* Valutazione di: andamento/risultati raggiunti/setting/trattamento farmacologico\*
* Valutazione di: proposta sul prosieguo (frequenza delle sedute, durata presumibile, valutazione della prognosi)\*
* Altre note sulla terapia
 |

Data\* Firma e timbro del medico specialista\*