

Scheda di accompagnamento

Richiesta per la prosecuzione della psicoterapia fornita da psicologi dopo la 30^a seduta

Decade l'obbligo dell'allegato se il medico prescrivente è anche medico specialista in psichiatria e psicoterapia o in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva o dispone della formazione interdisciplinare approfondita in medicina psicosomatica e psicosociale (ASMPP)*.

Sì, ho preso visione del rapporto della/dello psicoterapeuta psicologa/o e sono concorde.

**campi obbligatori*

Medico prescrivente

Nome* _____
Indirizzo* _____
Telefono* _____
E-mail* _____
RCC o GLN* _____
Titolo di formazione di base e postgraduale* _____
Data* _____
Firma e timbro del medico prescrivente* _____

Paziente

Cognome* _____
Nome* _____
Data di nascita* _____ Sesso* _____
Assicurazione* _____
N. d'assicurazione _____
Indirizzo* _____
NPA / località* _____
Telefono* _____

Note / commenti integrativi

Parte 1: rapporto della/dello psicoterapeuta psicologa/o

**campi obbligatori*

Paziente (secondo la scheda di accompagnamento)

Cognome* _____

Nome* _____

Psicoterapeuta psicologa/o

Nome* _____

Istituto _____

Indirizzo* _____

Telefono* _____

E-mail* _____

RCC o GLN* _____

Preambolo: nel presente rapporto devono essere documentate le informazioni richieste per legge (art. 11b in combinato disposto con l'art 3b OPre).

- Breve anamnesi aggiornata della malattia e 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. codice ICD)*

- Sono note precedenti terapie?* Sì No Non note

Se sì, quali? _____

- Genere e modalità dell'attuale terapia*

- Andamento della terapia sino ad oggi, indicazione rispetto alla continuazione della terapia e all'obiettivo*

- Proposta per il prosieguo: frequenza delle sedute, durata prevista, valutazione della prognosi*

- Note / commenti integrativi

_____ Data*

_____ Firma e timbro della/dello psicoterapeuta psicologa/o*

Parte 2: valutazione del caso da parte del medico specialista

Decade l'obbligo dell'allegato se il medico prescrivente è anche medico specialista in psichiatria e psicoterapia o in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva o dispone della formazione interdisciplinare approfondita in medicina psicosomatica e psicosociale (ASMPP)*.

Sì, ho preso visione del rapporto della/dello psicoterapeuta psicologa/o e sono concorde.

*campi obbligatori

Medico specializzato in psichiatria e psicoterapia oppure in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva	Paziente (secondo la scheda di accompagnamento)
Nome* _____	Cogome* _____
Istituto* _____	Nome* _____
Indirizzo* _____	
Telefono* _____	
E-mail* _____	
RCC o GLN* _____	

Preambolo: la Parte 1 «rapporto della/dello psicoterapeuta psicologa/o» 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 della/del paziente*

Sì Data _____
 No Motivo _____

- Diagnosi (incl. codice ICD)*

- Rilasciata indicazione terapeutica* Sì No
- Valutazione di andamento / risultati raggiunti / modalità / trattamento farmacologico*

- Valutazione di «Proposta per il prosieguo» (frequenza delle sedute, durata prevista, valutazione della prognosi)*

- Altre note sulla terapia

_____ Data*

_____ Firma e timbro del medico specialista*