**Page de garde**

**Demande de poursuite de la psychothérapie effectuée par un-e psychologue au- delà
de la 30e séance**

La fourniture de documents complémentaires n’est pas obligatoire lorsque la ou le médecin prescripteur est également spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou en psychiatrie et psychothérapie d’enfants et d’adolescents ou possède un titre de formation approfondie interdisciplinaire en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP)\*.

## [ ]  Oui, j’ai pris connaissance du rapport de la ou du psychologue-psychothérapeute et je l’accepte.

*\*champs obligatoires*

|  |
| --- |
| **Médecin prescripteur** |
| Nom\* |        |
| Adresse\* |       |
| Téléphone\* |       |
| E-Mail\* |       |
| RCC ou GLN\* |       |
| Titres de formation de base et de formation postgrade \* |       |
| Date\* |       |
| Signature et cachet |       |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient-e** |  |
| Nom\* |       |
| Prénom\* |       |
| Date de naissance \* |       |
| Sexe\* | M [ ]  F [ ]  D[ ]  |
| Assurance\* |       |
| No d’assuré-e |       |
| Rue \* |       |
| NPA/lieu \* |       |
| Téléphone\* |       |

Remarques/compléments:

**1e partie : rapport de la ou du psychologue-psychothérapeute**

*\*champs obligatoires*

|  |
| --- |
| **Patient-e (selon la page de garde)** |
| Prénom\* |        |
| Nom\* |        |

|  |
| --- |
|  **Psychologue-psychothérapeute** |
| Nom\* |        |
| Institution |        |
| Adresse\* |       |
| Téléphone\* |       |
| E-Mail\* |       |
| RCC ou GLN\* |       |

*Préambule : dans le présent rapport, les informations exigées par la loi doivent être documentées (art. 11b en lien avec l’art. 3b OPAS).*

* + Brève anamnèse actuelle de la maladie et symptômes au début du traitement (dans les premiers rapports avant la 30e séance ; à rappeler sommairement dans les rapports de suivi)\*

* + Évaluation diagnostique (y compris no CIM)\*

* + Des traitements antérieurs sont-ils connus ?\* [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu

Si oui, lesquels ?

* + Type et cadre du traitement actuel\*

* + Déroulement du traitement jusqu’à aujourd’hui, indication de la poursuite du traitement et objectif\*

* + Proposition pour la suite de la procédure : fréquence des séances, durée probable, évaluation du pronostic\*

* + Remarques/compléments

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date\* |  | Signature et cachet de la ou du psychologue-psychothérapeute\* |  |

**2e partie : évaluation du cas par la ou le médecin spécialiste**

La fourniture de documents complémentaires n’est pas obligatoire lorsque la ou le médecin prescripteur est également spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou en psychiatrie et psychothérapie d’enfants et d’adolescents ou possède un titre de formation approfondie interdisciplinaire en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP).

## [ ]  Oui, j’ai pris connaissance du rapport de la ou du psychologue-psychothérapeute et je l’accepte.

## *\*champs obligatoires*

|  |
| --- |
|  **Médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ou en**  **psychiatrie et en psychothérapie de l’enfant et de l’adolescent** |
| Nom\* |        |
| Institution \* |        |
| Adresse\* |       |
| Téléphone\* |       |
| E-Mail\* |       |
| RCC ou GLN\* |       |

|  |
| --- |
| **Patient-e (selon la page de garde)** |
| Prénom\* |        |
| Nom\* |        |

*Préambule : la première partie « Rapport de la ou du psychologue-psychothérapeute » doit être dûment complétée et signée, sans quoi la ou le médecin spécialiste ne pourra pas effectuer d’évaluation du cas.*

* + Consultation et évaluation par la ou le médecin spécialiste sur la base d’un examen du ou de la patient-e\*

[ ]  Oui Date :

[ ]  Non Motif :

* + Diagnostic (y compris no CIM)\*

* + Indication thérapeutique donnée \* [ ]  Oui [ ]  Non
	+ Évaluation du déroulement/résultats à ce jour/cadre/médication\*

* + Évaluation « Proposition pour la suite de la procédure (fréquence des séances, durée probable, évaluation du pronostic) »\*

* + Autres remarques sur le traitement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date\* |  | Signature et cachet de la ou du médecin spécialiste\* |  |