**Scheda di accompagnamento**

**Richiesta per la prosecuzione della psicoterapia fornita da psicologi dopo la 30ª 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 forma- zione di base e postgraduale\* |  |
| Data\* |  |
| Firma e timbro del medico prescrivente |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Paziente** |  |
| Cognome\* |  |
| Nome \* |  |
| Data di nascita\* |  |
| Sesso\* | M  F  D |
| 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?\*  Si  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** | |
| Nome\* |  |
| Istituto\* |  |
| Indirizzo\* |  |
| Telefono\* |  |
| E-Mail\* |  |
| RCC o GLN\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Paziente (secondo la scheda di accompagnamento)** | |
| Cognome\* |  |
| Nome\* |  |

*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\*

Si Data:

No Motivo:

* + Diagnosi (incl. codice ICD)\*

     

* + Rilasciata indicazione terapeutica\*  Si  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\* |  |