

SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO (foglio 1/3)

Richiesta per la prosecuzione della psicoterapia psicologica dopo la 30^a seduta

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 30^a 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*