

## SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO (foglio 1/3)

### Richiesta per la prosecuzione della psicoterapia psicologica dopo la 30<sup>a</sup> 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 30<sup>a</sup> 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\*