|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom)      | Date de naissance      | Numéro d’assuré756.     |
| Médecin (prénom, nom)       |  |  |

**Questionnaire en cas de psychothérapie**

**1.1**

Diagnostic (si possible selon CIM-10)

|  |
| --- |
|       |

**1.2**

Date du début du traitement actuel :

|  |
| --- |
|       |

Fréquence prévue des consultations :

|  |
| --- |
|       |

**1.3**

Quelle est la durée prévisible du traitement ?

 [ ]  indéterminée

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ]  durée prévisible |       |

**1.4**

L'objectif principal de la psychothérapie est-il le traitement de l'affection comme telle ?

[ ]  oui [ ]  non

Si non, quel est l’objectif thérapeutique recherché ?

|  |
| --- |
|       |

**1.5**

Périodes antérieures de traitement :

du au fréquence des consultations thérapeute

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**1.6**

Existe-t-il un retard mental ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, indiquer le QI :

**1.7**

Une autre affection grave concomitante (somatique ou psychique) existe-t-elle ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, laquelle ?

|  |
| --- |
|       |

**1.8**

Quel est le pronostic ?

|  |
| --- |
|       |

**1.9**

**Pour les enfants qui fréquentent une école spéciale :**

une future capacité de gain est-elle un but réalisable ?

[ ]  oui [ ]  non [ ]  ne peut pas se prononcer

**Remarques**

|  |
| --- |
|       |

Date

|  |
| --- |
|       |

Prénom, nom et signature du médecin (la signature sous forme électronique suffit)

|  |
| --- |
|       |