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

1.

Depuis quand suivez-vous la personne assurée susmentionnée ?

|  |
| --- |
|       |

2.

Merci d’expliquer pour quelle indication le suivi psychologique a été entamé

|  |
| --- |
|       |

Veuillez joindre les copies des rapports existants.

3.

Quelle a été l’évolution de votre patient-e depuis le début de votre suivi ?

|  |
| --- |
|       |

4.

Détaillez SVP la nature de la thérapie et sa fréquence

|  |
| --- |
|       |

5.

Merci de décrire le déroulement d’une journée type chez votre patient-e (ménage, activité lucrative, loisirs, activités sociales etc).

|  |
| --- |
|       |

6.

Détaillez SVP les ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles votre patient-e peut compter, autant personnelles que sociales (soutien de l’assuré par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, etc.) ?

|  |
| --- |
|       |

7.

De votre point de vue, quelles sont les limitations fonctionnelles que présente votre patient-e ?

|  |
| --- |
|       |

Divers

Quels autres éléments pourraient entrer en ligne de compte dans l’évaluation de la situation de votre patient-e ? Avez-vous d’autres informations à nous communiquer ?

|  |
| --- |
|       |

Date

|  |
| --- |
|       |

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

|  |
| --- |
|       |

Annexes

|  |
| --- |
|       |