**Rapport psychologique :** **Réadaptation professionnelle**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Numéro d’assuré  Personne assurée :  Date de naissance : |

Questions complémentaires

|  |
| --- |
|  |

**1 Informations générales**

**1.1**

Depuis quand suivez-vous votre patient·e ?

|  |
| --- |
|  |

**1.2**

Par qui votre patient·e vous a été adressé pour un suivi psychologique ?

Pour quelle indication ?

|  |
| --- |
|  |

**1.3**

Y-a-t-il eu une prescription médicale de la psychothérapie dispensée par vos soins? Pour quelle indication ? Si oui, par quel médecin (nom, spécialité)?

**1.4**

Quel est le diagnostic médical (CIM-10 ou CIM-11 ou DSM5) éventuellement posé chez votre patient·e ?

Qui a posé ce diagnostic ?

Depuis quand (au minimum depuis quelle année)?

|  |
| --- |
|  |

Veuillez joindre les copies des rapports existants.

**2 Situation médicale**

**2.1**

Anamnèse : merci de résumer les éléments pertinents d’anamnèse sur le plan psychologique et les prises en charges psychologiques ou psychiatriques précédentes à la vôtre.

|  |
| --- |
|  |

**2.2**

Merci de décrire la symptomatologie initiale et actuelle ainsi que de préciser l’évolution de l’état de santé depuis le début de votre suivi ?

|  |
| --- |
|  |

**2.3**

Traitement :

Quelle est la nature de la thérapie et sa fréquence ?

Quels sont les objectifs actuels de la psychothérapie ?

Quel est le plan de traitement pour les prochains mois ?

Quelle est la compliance de l’assuré/e au traitement (assiduité, régularité, participation active aux séances) ?

Y-a-t-il un traitement médicamenteux ? si oui, prescrit par qui ?

Y-a-t-il eu une/des hospitalisation(s) psychiatrique(s) ? Une hospitalisation est-elle prévue ? Si oui, merci de préciser quand et dans quel établissement

|  |
| --- |
|  |

**2.4**

Quel est le réseau médico-social actuel ? merci d’indiquer les personnes impliquées dans le suivi de votre patient·e.

|  |
| --- |
|  |

**2.5**

Sur le plan psychologique, quelles sont les limitations fonctionnelles présentées par votre patient·e ? (limitations fonctionnelles : quel est l’impact des symptômes sur les différents domaines de la vie)?

|  |
| --- |
|  |

**2.6**

Merci de décrire le déroulement d’une journée type de votre patient·e (ménage, activité lucrative, loisirs, activités sociales, rythme jour/nuit, etc.)

|  |
| --- |
|  |

**2.7**

Quelles sont les ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles votre patient·e peut compter, autant personnelles que sociales (soutien par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, capacités intellectuelles, etc…) ?

|  |
| --- |
|  |

**2.8**

Y-a-t-il des éléments de nature psychosociale, indépendants de l’atteinte psychique (facteurs non-médicaux, par exemple : parcours migratoire, manque de scolarisation, méconnaissance de la langue, etc.), impactant les capacités d’insertion de votre patient·e ?

|  |
| --- |
|  |

**3 Situation professionnelle**

**3.1**

Quelles sont, à votre avis, les caractéristiques d’une activité adaptée (activité adaptée = activité qui respecte les limitations fonctionnelles et qui vise à l’insertion de la personne dans le premier marché du travail ; il ne s’agit pas d’un atelier protégé) ?

|  |
| --- |
|  |

**3.2**

Quel est, à votre avis, la présence horaire exigible (en heures/jour ou en %) dans une activité ou formation adaptée aux limitations fonctionnelles (= activité qui respecte les limitations fonctionnelles et qui vise à l’insertion de la personne dans le premier marché du travail ; il ne s’agit pas d’un atelier protégé) ?

|  |
| --- |
|  |

**3.3**

Quel est, de votre point de vue, le pronostic de début ou de reprise d’une activité/formation ? Pensez-vous que le traitement psychothérapeutique administré par vos soins puisse améliorer de manière significative les limitations fonctionnelles de l’assuré·e? Si oui, dans quel délai ?

|  |
| --- |
|  |

**3.4**

Sur le plan psychologique, estimez-vous que votre patient·e est apte à la réadaptation (aptitude à la réadaptation = la personne peut se mobiliser au moins 8h/semaine et peut augmenter progressivement sa fréquentation d’une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles jusqu’à atteindre au moins une présence à 50%) ?

Si oui, depuis quand ?

Si non, pourquoi ?

|  |
| --- |
|  |

**3.5**

Autres remarques ?

|  |
| --- |
|  |

**3.6**

Annexes : Veuillez joindre les rapports en votre possession (rapports médicaux, rapports d’hospitalisation,…)

|  |
| --- |
|  |

Date / Timbre et signature :

|  |
| --- |
|  |