

PSYNAM

BILAN FONCTIONNEL DE LIAISON VERS LES SOINS SPÉCIALISÉS

(PSYNAM – mars 2022)

Bilan fonctionnel de liaison réalisé en collaboration
entre le patient, le/la psychologue et le médecin traitant.

DONNÉES DE CONTACT DE :	
NOM	PRÉNOM
Adresse	Tel /GSM
NISS	
Si d'application, personne de contact / de confiance / représentant légal / tuteur / administrateur de la personne*	NOM Prénom Tel /GSM

DONNÉES DE CONTACT PSYCHOLOGUE CLINICIEN / ORTHOPÉDAGOGUE CLINICIEN	
NOM	PRÉNOM
Lieu de consultation	Tel /GSM
Num. INAMI	Email
Préférences de contact	

DONNÉES DE CONTACT MÉDECIN TRAITANT <i>(médecin généraliste ou tout autre médecin ayant une relation thérapeutique avec le patient)</i>	
NOM	Prénom
Lieu de consultation	Tel /GSM
Num. INAMI	Email
Préférences de contact	

DONNÉES DE CONTACT AUTRES RESSOURCES DU RESEAU D'AIDE ET DES SOINS DU PATIENT

INFORMATIONS DU/ DE LA PSYCHOLOGUE

BESOINS/DEMANDE – DIFFICULTÉS – CONTEXTE – RÉSEAU SOCIAL – AIDES AYANT ÉTÉ RÉALISÉES – ÉVOLUTION – PROJET –

--

*Biffer les mentions inutiles

LIAISON DES SOINS PSYCHOLOGIQUES DE PREMIÈRE LIGNE VERS LES SOINS SPÉCIALISÉS

En concertation avec le patient, l'orientation vers des soins psychologiques / orthopédagogiques spécialisés a été retenue comme souhaitable. Points d'attention, suggestions pour la poursuite des accompagnements dans les soins spécialisés.

INFORMATIONS DU MÉDECIN TRAITANT

(Si d'application, le médecin peut partager ici les informations pertinentes, avec l'autorisation du patient)

DEMANDE – DIFFICULTÉS – CONTEXTE

COLLABORATION EN RÉSEAU

Pour collaborer en réseau, ma/mon psychologue peut être amené à échanger des informations strictement nécessaires et dans mon intérêt avec des partenaires de soins engagés dans ma prise en charge. Ces échanges d'informations sont effectués dans le respect du secret professionnel partagé et la stricte application du code de déontologie de la profession de psychologue.

> J'autorise / n'autorise pas ma/mon psychologue à transmettre ce bilan fonctionnel de liaison à mon médecin généraliste ou tout autre médecin avec lequel une relation thérapeutique est engagée.

> J'autorise / n'autorise pas ma/mon psychologue à partager les informations reprises dans ce bilan fonctionnel de liaison avec un psychologue tiers afin d'assurer mon orientation vers des soins spécialisés dans les meilleures conditions.

SIGNATURES

PATIENT	PSYCHOLOGUE	MEDECIN TRAITANT
Date :	Date :	Date :

Ce document « Bilan fonctionnel de liaison » est un document en « work in progress » rédigé en collaboration avec les psychologues conventionnés du projet PSYNAM et l'équipe PSYNAM. Il peut être soumis à modification.