

**BILAN FONCTIONNEL DE LIAISON VERS LES SOINS SPÉCIALISÉS**

(PSYNAM – septembre 2024)

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\* | NOMPrénom 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***(médecin généraliste ou tout autre médecin ayant une relation thérapeutique avec le patient)* |
| 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 – ….

LIAISON DES SOINS PSYCHOLOGIQUES DE F2 (soutien psychologique de première ligne) VERS F3 (traitement psychologique pour des problèmes légers à modérés)

*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.*