|  |  |
| --- | --- |
| **Mon soutien psy**  **En parler, c’est déjà se soigner.** |  |



**MODÈLE DE COURRIER D’ADRESSAGE**

**DU MÉDECIN À DESTINATION DU PSYCHOLOGUE**

**L’adressage se fait au moyen d’un courrier** mentionnantle **nom**, le **numéro AM** du **médecin** ou de la structure, en indiquant la nécessité de réaliser un accompagnement psychologique.

Le médecin peut compléter puis imprimer le document ci-après, ou rédiger le courrier d’adressage sur papier blanc ou utiliser l’ordonnance habituelle.

**Le nombre de séances ne doit pas être indiqué sur le courrier d’adressage**. C’est le psychologue conventionné qui, en accord avec le patient, propose le nombre de séances nécessaires (dans la limite d’ 1 entretien d’évaluation et 7 séances de suivi).

**Ce courrier d’adressage** sera transmis avec la feuille de soins du psychologue à l’organisme d’assurance maladie pour permettre le remboursement des séances réalisées.

Le médecin peut également transmettre au patient **un courrier d'accompagnement destiné au psychologue prenant en charge le patient**. Ce document (modèle ci-dessous), à conserver par le psychologue, a vocation à lui transmettre les éléments du contexte, des éléments cliniques et des motifs de l’adressage, éventuellement des scores ou d’échelles réalisés par le médecin.

***COURRIER D’ADRESSAGE***

NOM, PRÉNOM *du médecin :* \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

*Numéro AM du médecin ou de la structure :* \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

NOM, PRÉNOM du patient : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Date : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Adressage pour un accompagnement psychologique (entretien d’évaluation et jusqu’à 7 séances de suivi) par un psychologue conventionné avec l’Assurance Maladie** *(annuaire disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr).*

Si besoin, précisez si les soins sont en lien avec :

❑ MALADIE

❑ Affection de longue durée (ALD)

❑ Accident causé par un tiers

❑ MATERNITE (à partir du 6ème mois de grossesse)

❑ AT-MP (Accident du Travail-Maladie Professionnelle)

Signature du médecin

Document à présenter au psychologue puis transmettre à l’organisme d’assurance maladie avec la feuille de soins pour permettre le remboursement des séances réalisées.

**✂-- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

***COURRIER D'ACCOMPAGNEMENT***

NOM, PRÉNOM *du médecin* : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

*Numéro AM du médecin ou de la structure :* \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

NOM, PRÉNOM du patient : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Date : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Adressage pour un accompagnement psychologique (entretien d’évaluation et jusqu’à 7 séances de suivi) par un psychologue conventionné avec l’Assurance Maladie** *(annuaire disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr).*

Motifs de l’adressage : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Informations sur l’évaluation initiale / Description de l’état actuel du patient : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

*Retentissement sur la vie quotidienne et professionnelle :* \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

*Éventuellement et si souhaité par le médecin et pour les patients adultes, scores des échelles PHQ 9/GAD 7 :* \_ \_ \_ \_ \_

Autres éléments nécessaires : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Signature du médecin

Document à transmettre au psychologue uniquement