

Filières interuniversitaires romandes de formation postgrade en psychothérapie

REGISTRE DES CAS TRAITES

Ce registre atteste que le-la candidat.e au titre fédéral de psychologue-psychothérapeute d'orientation a pu acquérir dans le cadre de sa pratique clinique, dans une fonction de psychothérapeute, une large expérience clinique et psychothérapeutique au contact de clients/patients présentant divers troubles ou pathologies, conformément à l'art. 3.7 de l'annexe 1 de Ordonnance du DFI sur l'étendue et l'accréditation des filières de formation postgrade des professions de la psychologie (AccredO-LPsy ; 935.811.1).

Nom, prénom du/de la participant.e :

Date de naissance :

ID du cas ¹	Lieu de la pratique clinique et de l'activité clinique	Période du traitement ² sous supervision	Nombre de séances (durée du suivi en unités de 45 min)	Diagnostic(s) ayant justifié le traitement, type d'intervention et setting(s)			N° annexe ³
				Diagnostic / Problématique	Type d'intervention	Setting	
		du : au :					
		du : au :					

¹ ID du cas : code d'identité du patient

² Période du traitement : indique les dates de début et de fin de l'intervention psychothérapeutique sous supervision

³ N° annexe : se réfère au cas supervisé

ID du cas	Lieu de la pratique clinique et de l'activité clinique	Période du traitement sous supervision	Nombre de séances (durée du suivi en unités de 45 min)	Diagnostic(s) ayant justifié le traitement, type d'intervention et setting(s)			N° annexe
				Diagnostic / Problématique	Type d'intervention	Setting	

		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					

ID du cas	Lieu de la pratique clinique et de l'activité clinique	Période du traitement sous supervision	Nombre de séances (durée du suivi en unités de 45 min)	Diagnostic(s) ayant justifié le traitement, type d'intervention et setting(s)			N° annexe
				Diagnostic / Problématique	Type d'intervention	Setting	

		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					

ID du cas	Lieu de la pratique clinique et de l'activité clinique	Période du traitement sous supervision	Nombre de séances (durée du suivi en unités de 45 min)	Diagnostic(s) ayant justifié le traitement, type d'intervention et setting(s)			N° annexe
				Diagnostic / Problématique	Type d'intervention	Setting	

		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					
		du : au :					

Par sa signature le/la participant.e atteste de l'authenticité des informations figurant sur ce document.

Lieu et date : _____

Signature du/de la participant.e : _____

Signature du supérieur hiérarchique _____