



FORMULAIRE DE DEMANDE DE DEEP TMS

Médecin demandeur:

En date du :/...../.....

Etiquette patient à coller

.....
.....
.....
.....

1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom du patient : Sexe : M F

Date de naissance :/...../.....

Adresse postale :

Téléphone :

2. ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

*Situation familiale :

célibataire m (concubinage) séparé(e) f(ve)

*Situation professionnelle actuelle :

actif(ve) emploi retraité(e)

diant invali

*Mesure de protection judiciaire : Oui telle curate

Non

3. ANTECEDENTS MEDICAUX CHIRURGICAUX



FORMULAIRE DE DEMANDE DE DEEP TMS

-
-
-

4. ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Si Oui : motif le plus fréquent (ou Diagnostic) :

***Dernière hospitalisation :** année urs année précédente

***Description de l'épisode actuel :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* le patient a-t-il réalisé **une IRM** dans le passé : Oui No

Si Oui : date du dernier examen :/...../.....

5. INDICATION DE LA DEEP TMS POUR LA DEPRESSION RESISTANTE.

DM 1^{er} épisode EDM 2^{ème} épisode plus

* Y a-t-il des éléments psychotiques associés à l'EDM (délires, hallucinations...) :

oui Non

* S'agit-il d'un EDM résistant au traitement ATD: Oui Non



FORMULAIRE DE DEMANDE DE DEEP TMS

Si Oui :

Historique des prescriptions des derniers traitements antidépresseurs reçus :

| Antidépresseur | Date de prescription (mois et année) | Posologie | Durée du traitement |
|----------------|--------------------------------------|-----------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*** Y a-t-il eu d'autres stratégies après échec du traitement Antidépresseur :**

Oui Non

Si

Oui :

lesquelles :

.....
.....

* Le patient est-il épileptique : Oui Non

* le patient porte-t-il un pace maker : Oui Non

* Le patient porte-t-il un implant cochléaire : Oui Non

* présence d'éclat métallique ou d'implant intracrânien (*sauf les implants dentaires*) :

Oui Non

N.B: joindre obligatoirement la dernière ordonnance.

Patient informé de la demande de soin

Signature du patient