



# 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<sup>er</sup> épisode      EDM 2<sup>ème</sup> 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