



## **FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRAITEMENT PAR STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRANIENNE RÉPÉTITIVE (rTMS)**

Cette demande de traitement sera soumise aux psychiatres référents de la rTMS. Si le patient est éligible à un traitement par rTMS, les infirmières du service se chargeront de fixer un RDV médical. Cet entretien permettra d'évaluer les bénéfices attendus du traitement et de prendre en compte les éventuelles contre-indications. Vous serez avertis par e-mail de la décision médicale.

**A savoir : Les indications pour pouvoir bénéficier d'un traitement par rTMS sont la dépression résistante, les hallucinations acoustico-verbales, l'anxiété, les syndromes déficitaires des psychoses ainsi que la fibromyalgie.**

### **1. Identification du patient**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Tel : .....

Adresse e-mail : .....

Adresse postale : .....

.....

### **2. Identification du médecin demandeur**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tel : .....

Adresse e-mail : .....

**3. Motif de la demande**

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

**4. Contre-indications éventuelles**

Le patient est-il porteur d'un stimulateur cardiaque (Pacemaker) ?	OUI	NON
Le patient est-il porteur d'implant cochléaire et/ou toute partie métallique dans le cerveau ou cuir chevelu ?	OUI	NON
Le patient a-t-il des antécédents personnels d'épilepsie ?	OUI	NON
La patiente a-t-elle une grossesse en cours ?	OUI	NON

**5. Antécédents psychiatriques et somatiques**

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

**6. Traitement actuel/ Thérapeutiques déjà tentées**

Actuel : .....

.....

.....

Déjà tentées : .....

.....

.....

**7. Allergies connues**

.....  
.....

<b><u>MEDECIN DEMANDEUR</u></b>	
Date : ...../...../.....	Signature :

En formulant cette demande, vous vous engagez à réaliser une consultation hebdomadaire avec le patient, le temps de la cure.