



## Formulaire de demande de DEEP TMS

Médecin demandeur : .....

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

Étiquette 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  Concubinage  Pacsé(e)  Marié(e)  Séparé  Veuf(ve)

\*Situation professionnelle actuelle :

Actif(ve)  Etudiant  Sans emploi  Retraité  Invalide

\*Mesure de protection judiciaire :  Oui sous  Tutelle  Curatelle

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 en cours  année précédente

\*Description de l'épisode actuel :

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

\*le patient a-t-il réalisé une IRM dans le passé :  Oui  Non

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

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

EDM 1<sup>er</sup> épisode  EDM 2<sup>ème</sup> épisode

\*Il y a-t-il des éléments psychotiques associés à l'EDM (délire, hallucinations...)

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



## Formulaire de demande de DEEP TMS

Si oui, merci de compléter l'historique des prescriptions des derniers traitements antidépresseurs reçus :

Antidépresseur	Date de prescription	Posologie	Durée du traitement

\*Il y a-t-il eu d'autres stratégies après échec du traitement Antidépresseur :  Oui  Non

Si oui, lesquelles : .....

.....

\* Le patient est-t-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 : Merci de joindre obligatoirement la dernière ordonnance**

Patient informé de la demande de soin

Signature du patient