

## **Formulaire d'adressage** **Consultation spécialisée - Centre rTMS**

*CEISAM – CEntre Intégratif en Santé Mentale  
132 rue André Bisiaux 54320 Maxeville  
Téléphone : 03 83 40 88 91  
www.ceisam.fr  
Email : secretariat-psy@orange.fr*

Le CEISAM vous remercie de le solliciter pour votre patient. Sur la base de ce formulaire d'adressage, le patient sera contacté par notre cabinet pour un rendez-vous d'évaluation. A l'issue de cette rencontre, nous vous informerons si un protocole rTMS peut être proposé. Selon l'indication, remplissez la partie concernant la dépression résistante ou les douleurs neuropathiques.

Durant la cure, nous assurons le suivi des interventions spécifiques que nous proposons. Tout au long des 4 à 6 semaines de la rTMS, deux entretiens psychiatriques hebdomadaires sont assurés. A l'issue de la cure, le patient est réorienté vers son médecin ou psychiatre traitant pour la gestion continue de sa santé mentale.

### **Informations sur le médecin référent :**

- Nom du médecin adresseur:
- Adresse du cabinet médical :
- Téléphone :
- Email :

### **Informations sur le patient :**

- Nom complet : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Sexe :  Homme  Femme  Non genré
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_
- Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

## EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE (EDC) RESISTANT

(NB : EDC n'ayant pas répondu significativement à deux lignes de traitement antidépresseur à posologie maximale tolérée, durant 4 à 6 semaines)

Durée de l'épisode dépressif actuel :

Historique des traitements antidépresseurs (précisez les noms, doses, et durées des traitements précédents) :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Réponse aux traitements :

- Réponse partielle
- Absence de réponse à au moins deux traitements antidépresseurs
- Réponse avec rechute

Psychothérapie en cours ou passée :

- Oui     Non

Si oui, précisez (type de psychothérapie, nom du psychothérapeute) :

Hospitalisations en psychiatrie :

- Oui     Non

Si oui, précisez les dates et raisons et joindre les comptes-rendus si possibles :

---

---

Comorbidités médicales et traitements en cours (joindre ordonnance si possible) :

---

---

---

---

## DOULEURS NEUROPATHIQUES

Traitements en cours de la douleur :

Pharmacologique :

---

---

---

Non pharmacologique :

---

---

---

Suivi neurologique :

Oui  Non

Si oui préciser si possible le neurologue traitant :

Suivi psychiatrique associé :

-  Oui  Non

- Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Comorbidités médicales et traitements en cours (joindre ordonnance si possible) :

---

---

---

---

---

---

---

---

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

(Remplir pour dépression résistante ou douleurs neuropathiques)

Allergies ou contre-indications connues :

Antécédents familiaux de troubles psychiatriques :

Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Usage de substances (alcool, drogues, etc.):

---

Antécédents de rTMS ou ECT:

Oui  Non

Si oui, précisez les détails et les résultats : \_\_\_\_\_

Contre-indications potentielles à la rTMS :

- Pacemaker ou dispositifs implantés intracérébraux :  Oui  Non

- Particules métalliques dans le cerveau, l'œil ou le cuir chevelu ? :  Oui  Non

- Implants cochléaires :  Oui  Non

- Épilepsie :  Oui  Non

- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Commentaires et/ou recommandations :

---

---

---

Signature du Médecin Référent :

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_