Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes du Grand Nancy

Unité de Neuromodulation InterSectorielle - UNIS

Médecin responsable : Dr Cyril HUSSON

Cadre de santé : Mme Élodie BRETECHE

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Les demandes de prise en charge sont à adresser par e-mail à : secretariat.unis@cpn-laxou.com

Pour toute demande d'information complémentaire ou pour toute question concernant l'adressage d'un patient, vous pouvez contacter le secrétariat de l'UNIS au **03-83-92-68-61**.

Nous vous confirmerons la bonne réception de votre demande, qui sera examinée dans les meilleurs délais.

- ✓ Avant toute orientation, nous vous remercions de vous assurer que le patient est en mesure de respecter les contraintes organisationnelles de la cure, notamment la présence quotidienne durant plusieurs semaines.
- ✓ Veuillez noter que la présence d'au moins une des contre-indications absolues décrites à la section 6 (*page 6*) constitue une impossibilité de prise en charge par rTMS.
- ✓ Pour des raisons organisationnelles, les patients hospitalisés à temps complet ne pourront pas bénéficier de la cure pendant leur hospitalisation. Ils pourront toutefois être adressés à l'UNIS au cours de leur hospitalisation, afin d'organiser la cure en ambulatoire après leur sortie.
- ✓ Veuillez informer le/la patient(e) qu'une IRM cérébrale devra être réalisée avant le début de la cure.

---

1. PATIENT(E)

Nom : .....

Prénom : .....

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

Adresse postale : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Médecin traitant (et ville d'exercice) : .....

2. DEMANDE

Indication motivant la demande :

☐ **Épisode dépressif résistant**, unipolaire ou bipolaire, de sévérité légère à sévère, en l'absence de critères de gravité (symptômes mélancoliques, catatoniques ou psychotiques), résistant à au moins deux lignes de traitement antidépresseur bien conduites. Une indication plus précoce pourra être retenue en cas d'intolérance ou de contre-indication aux antidépresseurs, ou chez les patients ayant déjà présenté une bonne réponse à une précédente cure de rTMS.

☐ **Hallucinations auditives réfractaires** chez un patient atteint de schizophrénie, stabilisé depuis au moins trois mois sous traitement antipsychotique.

☐ **Symptômes négatifs de schizophrénie réfractaires** chez un patient stabilisé depuis au moins trois mois sous traitement antipsychotique.

☐ **Trouble obsessionnel-compulsif résistant,** en deuxième intention après échec ou réponse partielle à une psychothérapie et/ou un traitement pharmacologique. Si une psychothérapie est engagée, elle devra être poursuivie durant la cure.

☐ **Trouble de stress post-traumatique simple résistant,** en deuxième intention après échec ou réponse partielle à une psychothérapie et/ou un traitement pharmacologique. Si une psychothérapie est engagée, elle devra être poursuivie durant la cure.

☐ **Autre** : .....

Diagnostic principal :

.....

Diagnostics associés / comorbidités pertinentes :

.....

.....

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX

Poids : ……. kg **Taille :** …… cm

Antécédents non psychiatriques :

……

……

……

……

……

Antécédents allergiques :

……

……

Antécédents psychiatriques :

……

……

……

……

……

Antécédents de prise en charge par neuromodulation :

☐ rTMS ☐ ECT ☐ tDCS ☐ Autre : ……

Indications / dates / efficacité / tolérance :

……

……

……

Antécédents addictologiques :

……

……

……

……

……

4. HISTOIRE ET ÉVOLUTION DE LA PATHOLOGIE

Ancienneté du diagnostic principal : ……

Date de début de l'épisode actuel : ……..

Historique des traitements médicamenteux étiologiques de l'épisode actuel :

Molécule	Posologie	Durée	Efficacité	Motif d'arrêt

Historique des prises en charge non médicamenteuses de l'épisode actuel :

☐ Psychothérapie ☐ rTMS ☐ ECT ☐ tDCS ☐ Autre

Précisions / dates / efficacité / tolérance :

……

……

Examen(s) paraclinique(s) réalisé(s) (imagerie cérébrale, EEG, biologie, etc.) :

……

……

……

……

Échelle(s) psychométrique(s) / date(s) / score(s) : (facultatif)

……

……

……

……

Symptomatologie actuelle et retentissement fonctionnel :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. RISQUE AUTO- ET HÉTÉRO-AGRESSIF

	Oui	Non	Si oui, précision
Antécédent(s) de tentative de suicide	☐	☐	
Idées suicidaires actuelles	☐	☐	
Antécédent(s) d'automutilation	☐	☐	
Idées auto-agressives actuelles	☐	☐	
Risque hétéro-agressif	☐	☐	

Précisions / éléments utiles :

.....

.....

6. CONTRE-INDICATIONS / PRÉCAUTIONS

Contre-indications absolues	**Oui**	**Non**
Présence de matériel ferromagnétique ou de dispositifs implantés intracrâniens ou à moins de 30 cm de la zone de stimulation (clips vasculaires, implants cochléaires, dispositifs de stimulation, corps étrangers métalliques, etc.), hors couronnes et amalgames dentaires	☐	☐
Implant ou corps métallique dans les oreilles, les yeux ou sous-cutanée au niveau du visage ou du crâne	☐	☐
Tatouage facial avec encre métallique ou ferromagnétique	☐	☐
Port d'un pacemaker, d'un défibrillateur cardiaque implantable ou d'une pompe électronique implantée	☐	☐

Contre-indications relatives (évaluation au cas par cas)	**Oui**	**Non**
Épilepsie non traitée ou insuffisamment contrôlée	☐	☐
Antécédent d'affection cérébrale vasculaire, traumatique, infectieuse ou tumorale. Précisez : ……	☐	☐
Antécédent d'affection cérébrale vasculaire, traumatique, infectieuse ou tumorale. Précisez : ……	☐	☐
Consommation non contrôlée de stupéfiants ou d'alcool	☐	☐
Sevrage en cours ou prise de substances susceptibles d'abaisser le seuil épileptogène (alcool, stupéfiants, médicaments). Précisez : ……	☐	☐
Grossesse*	☐	☐

** En l'absence de données suffisantes (mais rassurantes), le principe de précaution est retenu. Une indication pourra être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire si la balance bénéfice/risque est favorable.*

Antécédents de crises convulsives :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : .....

.....

Précisions / éléments utiles concernant les contre-indications :

.....

.....

---

7. TRAITEMENTS ACTUELS

<u>Veuillez joindre une ordonnance avec l'ensemble du traitement du patient</u>.

À défaut, veuillez indiquer le traitement en cours, en précisant les posologies, ci-après :

Traitement psychotropes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres traitements :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. MODALITÉS PRATIQUES

Motivation / adhésion du patient à la cure de rTMS :

☐ Bonne ☐ Partielle ☐ À évaluer

Mode de transport :

☐ Véhicule personnel ☐ VSL ☐ Ambulance

Accompagnement :

☐ Seul ☐ Accompagné d'un proche ☐ Accompagné d'un professionnel

Aides à la mobilité :

☐ Aucune ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant

Patient(e) en capacité de recevoir une information et de consentir aux soins de façon éclairée :

☐ Oui ☐ Non**

*** Si le consentement éclairé du patient est impossible, la présence de la personne de confiance sera nécessaire lors de la consultation pré-thérapeutique pour le recueil du consentement.*

Mesure de protection juridique :

☐ Aucune ☐ Curatelle simple ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle***

Précisez les coordonnées du représentant légal :

Nom / prénom : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

**** L'avis ou la présence du tuteur légal pourra être nécessaire lors de la consultation pré-thérapeutique pour le recueil du consentement.*

Contraintes particulières concernant la prise en charge, le cas échéant :

.....

.....

9. DOCUMENTS JOINTS

Veuillez préciser les documents que vous joignez à la demande, le cas échéant :

☐ Ordonnance du traitement actuel

☐ Compte rendu psychiatrique ou d'hospitalisation

☐ Évaluation / échelle psychométrique

☐ Bilan d'imagerie / biologique

☐ Autre : .....

---

10. COORDONNÉES DU PSYCHIATRE DEMANDEUR

Nom et prénom : .....

Service / structure : .....

Adresse postale : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Date de la demande : …… / …… / ……

Signature :