FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION TROUBLE RESISTANT

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :	<input type="text"/>	Adresse :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	E-mail :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Langues :	<input type="text"/>

Sexe : F M

CRITERES DE PRISE EN CHARGE

Patient majeur Bonne adhésion aux soins Au moins 2 traitements de 1^{ère} ligne essayés

DONNEES CLINIQUES

Diagnostic principal : Trouble dépressif Trouble bipolaire Schizophrénie Trouble obsessionnel compulsif

Anamnèse (préciser notamment l'âge de début des troubles, la date du diagnostic, le nombre d'épisodes antérieurs, le nombre d'hospitalisations antérieures avec ou sans consentement) :

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION TROUBLE RESISTANT

Comorbidités psychiatriques : Oui Non
Si oui, lesquelles ?

Prises de toxiques : Oui Non
Si oui, lesquels ?

Tabac Alcool Cannabis Cocaïne Héroïne MDMA Autres

Préciser quantité, fréquence, forme et si « Autres » coché, la substance :

Antécédents neurologiques : Oui Non
Si oui, lesquels ?

Antécédents endocrinologiques : Oui Non
Si oui, lesquels ?

Antécédents auto-immuns : Oui Non
Si oui, lesquels ?

Autres antécédents médicaux : Oui Non
Si oui, lesquels ?

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION TROUBLE RESISTANT

TRAITEMENTS

Traitements pharmacologiques actuels (*préciser les molécules, la posologie, la date d'instauration et le taux plasmatique si réalisé*) :

Traitements pharmacologiques antérieurs :

1. Molécule :
Date d'introduction :
Posologie maximale :
Taux plasmatique :
Durée :
2. Molécule :
Date d'introduction :
Posologie maximale :
Taux plasmatique :
Durée :
3. Molécule :
Date d'introduction :
Posologie maximale :
Taux plasmatique :
Durée :
4. Molécule :
Date d'introduction :
Posologie maximale :
Taux plasmatique :
Durée :
5. Molécule :
Date d'introduction :
Posologie maximale :
Taux plasmatique :
Durée :

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION TROUBLE RESISTANT

Traitements psychothérapeutiques antérieurs :

TCC : Oui Non

Si oui, préciser la date d'initiation, le nombre de séances réalisées et le niveau d'adhésion du patient :

Autre : Oui Non

Si oui, préciser le type, la date d'initiation, le nombre de séances réalisées et le niveau d'adhésion du patient :

Programme de remédiation cognitive antérieur : Oui Non

Si oui, préciser le programme, la date d'initiation et le niveau d'adhésion du patient :

Autres traitements essayés : ECT rTMS tDCS Luminothérapie Autres

Préciser la date, le nombre de sessions et si « Autres » coché, le type de traitement :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Neuroimagerie : IRM cérébrale TDM cérébrale EEG

Si une case cochée, joindre le rapport et préciser la date :

Bilan neuropsychologique : Oui Non

Si oui, joindre le rapport et préciser la date :

Polysomnographie : Oui Non

Si oui, joindre le rapport et préciser la date :

Analyse pharmacogénétique : Oui Non

Si oui, joindre le rapport et préciser la date :

COMMENTAIRES

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION TROUBLE RESISTANT

DEMANDEUR

Service :

Nom du médecin :

Téléphone :

E-mail :

Merci de joindre à la demande tout compte-rendu d'hospitalisation, de consultation et rapport d'examen pertinents.

Timbre et signature