



## FORMULAIRE DE REQUÊTE – NEUROMODULATION THÉRAPEUTIQUE

### REQUEST FORM - THERAPEUTIC NEUROMODULATION

Ce formulaire doit être dûment rempli et signé par le médecin traitant.  
*This form should be duly completed and signed by the treating physician.*

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Médecin traitant / *Treating physician*: \_\_\_\_\_

Client(e) / *Client*: \_\_\_\_\_ Date de naissance / *Birth date*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse / *Address*: \_\_\_\_\_ Téléphone / *Phone*: \_\_\_\_\_

N° d'ass. maladie / *Med. card no.*: \_\_\_\_\_ Exp.: \_\_\_\_\_

#### CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ / *ELIGIBILITY CRITERIA*

- Quel est le diagnostic psychiatrique principal de votre client(e)?  
*What is your client's primary psychiatric diagnosis?*
  - Dépression majeure unipolaire / *Unipolar major depression*
  - Dépression majeure bipolaire / *Bipolar major depression*
  - Autre / *Other* → SVP contacter notre équipe / *Please contact our team*
  
- Est-ce que votre client(e) a déjà eu une crise convulsive ou souffre d'épilepsie?  
*Has your client ever presented with a seizure (convulsion) or does he/she suffer from epilepsy?*
  - Oui / *Yes* → Pas admissible / *Not eligible*     Non / *No*
  
- Est-ce que votre client(e) a présenté un abus de drogues et/ou d'alcool (au cours des six derniers mois)?  
*Did your client present with drugs and/or alcohol abuse (during the last six months)?*
  - Oui / *Yes* → Pas admissible / *Not eligible*     Non / *No*
  
- Est-ce que votre client(e) a des dispositifs médicaux implantés et/ou des fragments de métaux dans la tête, les yeux ou les oreilles (à l'exception de la bouche)?  
*Does your client have any implanted medical device and/or any piece of metal inside his/her head, eyes or ears (outside of the mouth)?*
  - Oui / *Yes* → Pas admissible / *Not eligible*     Non / *No*
  
- Est-ce que votre client(e) est conscient(e) que le traitement par stimulation magnétique transcrânienne implique de 25 à 30 séances quotidiennes (du lundi au vendredi; 3 à 6 semaines au total) d'une durée de 35 à 45 minutes chacune? Est-il prêt à se conformer à ce traitement intensif?  
*Is your client aware that transcranial magnetic stimulation treatment involves 25 to 30 daily sessions (from Monday to Friday; 3 to 6 weeks in total) of approximately 35 to 45 minutes each? Is he/she willing to comply with this intensive treatment?*
  - Oui / *Yes*     Non / *No* → Pas admissible / *Not eligible*



- Depuis quand suivez-vous ce client / cette cliente? \_\_\_\_\_  
*Since when do you follow this client?*
  
- Quel(s) médicament(s) prend-il(elle) présentement (date de début et posologie)?  
*Which medication(s) does he/she currently take (start date and dosages)?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Est-ce que votre client(e) présente actuellement un risque de suicide?  
*Does your client present with a current suicide risk?*  
 Oui / Yes     Non / No  
 Si oui, veuillez préciser / *If yes, please describe:*  Léger / Mild     Modéré / Moderate     Sévère / Severe
  
- Est-ce que votre client(e) présente avec un trouble de personnalité ou avec des traits de personnalité importants?  
*Does your client present with a personality disorder or with significant personality traits?*  
 Oui / Yes     Non / No  
 Si oui, veuillez préciser / *If yes, please describe:*  Cluster A     Cluster B     Cluster C
  
- Est-ce que votre client présente des conditions médicales physiques considérées comme instables?  
*Does your client present with any physical medical condition that is considered to be unstable?*  
 Oui / Yes     Non / No  
 Si oui, veuillez préciser / *If yes, please describe:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Est-ce que votre client a déjà reçu un traitement d'électroconvulsothérapie (électrochoc, sismothérapie) pour traiter sa maladie psychiatrique actuelle?  
*Did your client receive electroconvulsive therapy (electroshock) to treat his/her current psychiatric disorder?*  
 Oui / Yes     Non / No  
 Si oui, veuillez préciser quand et le nombre de sessions / *If yes, please describe when and the number of sessions:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Est-ce que votre cliente est enceinte? / *Is your client pregnant?*  
 Oui / Yes     Non / No     Sans objet / Not applicable
  
- Est-ce que votre client(e) a présenté des changements dans des analyses de laboratoires ou dans d'autres tests cliniques pertinents (p. ex., EKG, EEG) au cours des six derniers mois?  
*Did your client present with alterations in his/her laboratory tests or other relevant clinical tests (e.g., EKG, EEG) in the past six months?*  
 Oui / Yes     Non / No



Clinique de recherche en  
**NEUROMODULATION**  
Research Clinic



**Douglas**  
INSTITUT MENTAL HEALTH  
UNIVERSITAIRE EN UNIVERSITY  
SANTÉ MENTALE INSTITUTE

Si oui, veuillez préciser / *If yes, please describe:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il est possible que votre client(e) ne corresponde pas aux critères diagnostiques ou de sécurité pour la neuromodulation. Dans ce cas, nous vous le/la retournerons immédiatement. Dans le cas où votre client(e) serait accepté(e), nous serons seulement responsables des aspects liés au traitement de neuromodulation (ex. effets secondaires). Aussi, vous demeurez responsable de lui/d'elle pour tous les autres aspects de son traitement durant son suivi dans notre Clinique. De plus, une fois le traitement de neuromodulation terminé, le/la client(e) vous sera retourné(e). Veuillez également noter que les client(e)s devraient recevoir, pendant au moins quatre semaines avant le début du traitement de neuromodulation, un traitement médicamenteux stable (mêmes psychotropes / doses).

Nous vous encourageons à communiquer avec le psychiatre en neuromodulation pour des éclaircissements en composant le 514 761-6131, poste 4627.

Afin de pouvoir travailler en partenariat, nous vous remercions à l'avance de bien vouloir répondre aux questions ci-dessus. Pour faire une demande de service en neuromodulation, veuillez faire parvenir les documents suivants par télécopieur au 514 888-4489 à l'attention de Mme Shéna Bélanger : **1) le présent formulaire dûment rempli et signé; 2) une demande de consultation médicale dûment remplie et signée; et 3) une copie de la plus récente évaluation médicale / psychiatrique (incluant une liste des médicaments actuels).**

*Your client may not be eligible for neuromodulation because of diagnostic and/or safety issues. In that case, he/she will be immediately returned to you. In the case where your client is eligible, we will only be responsible for neuromodulation-related issues (e.g., side effects). Therefore, you will remain responsible for all other aspects of treatment care while your client is treated in our Clinic. Furthermore, once the neuromodulation treatment is finished the client will be referred back to you. Also, please note that clients should be receiving a stable medication regimen (i.e., same psychotropics/dosages) for at least four weeks prior to starting the neuromodulation treatment.*

*We strongly encourage you to communicate with the neuromodulation psychiatrist if you need any clarification at 514 761-6131, ext. 4627.*

*In the interest of partnership, we thank you in advance for taking the time to thoroughly answer the questions above. In order to proceed with the referral you should fax the following documents to the care of Mrs. Shéna Bélanger to 514 888-4489: **(1) this form duly completed and signed; (2) a duly completed and signed medical consultation request; and 3) a copy of the most recent psychiatric/medical evaluation (including the list of current medications).***

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant /  
Signature of the treating physician

\_\_\_\_\_  
N° de permis médical / Medical licence no.

N° de téléphone / Phone no.: \_\_\_\_\_

N° de télécopieur / Fax no.: \_\_\_\_\_

Courriel / E-mail address: \_\_\_\_\_