



FORMULAIRE DE REQUÊTE – NEUROMODULATION THÉRAPEUTIQUE REQUEST FORM – THERAPEUTIC NEUROMODULATION

Date: ____/____/____

Médecin traitant / *Treating physician*: _____

Client(e): _____

Téléphone(s) du client: _____
*Client's phone number(s)*Date de naissance / *Birth date*: ____/____/____

RAMQ #: _____ Exp : _____

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ / *ELIGIBILITY CRITERIA*:

- Est-ce que votre client a déjà eu une crise convulsive ou souffre de l'épilepsie?
Has your client ever presented with a seizure (convulsion) or does he/she suffers from epilepsy?
 Oui/yes → pas admissible / not eligible Non/no
- Est-ce que votre client présente d'abus/dépendance des drogues et/ou d'alcool (dans les 6 derniers mois)?
Does your client present with drugs and/or alcohol abuse/dependence (during the last 6 months)?
 Oui/yes → pas admissible / not eligible Non/no
- Est-ce que votre client a des fragments de métaux dans sa tête (à l'exception de la bouche), comme des éclats de métaux, des clips chirurgicaux, des *piercings*?
Does your client have any metal inside his/her head (outside of the mouth), such as shrapnel, piercing(s) or surgical clips?
 Oui/yes → pas admissible / not eligible Non/no
- Est-ce que votre client est conscient que le traitement par stimulation magnétique transcrânienne répétitive implique de séances quotidiennes de 45 minutes pour 6 semaines? Est-il prêt à se conformer à ce programme intensif?
Is your client aware that repetitive transcranial magnetic stimulation treatment involves daily sessions of up to 45 minutes for over 6 weeks? Is he/she willing to comply with this intensive schedule?
 Oui/yes Non/no → pas admissible / not eligible



- Depuis quand suivez-vous le(a) client(e)? _____
Since when do you follow-up the client?

- Diagnostique(s) actuel(s) / *Current diagnoses:* _____

- Sévérité actuelle / *Current severity:* _____

- Quel(s) médicament(s) prend-il présentement (date de début, dosages)?
Which medication(s) does he/she currently takes (since when, dosages)?

- Est-ce que votre client(e) présente actuellement avec un risque de suicide?
Does your client presents with current suicide risk?
 Oui/yes Non/no
Si oui, SVP précisez / *If yes, please describe:* Léger/mild Modéré/moderate Sévère/severe

- Est-ce que votre client(e) présente des troubles de personnalité?
Does your client presents with personality disorders?
 Oui/yes Non/no
Si oui, SVP précisez / *If yes, please describe:* Cluster A Cluster B Cluster C

- Est-ce que votre client présente de conditions médicales physiques considérées comme instables?
Does your client presents with a physical medical illness that is considered to be unstable?
 Oui/yes Non/no
Si oui, SVP précisez / *If yes, please describe :* _____

- Est-ce que votre client a un membre de sa famille (de premier degré) qui souffre d'épilepsie (ou de crises convulsives)?
Does anyone in your client's family (first-degree relatives) have epilepsy (or seizure, convulsions)?
 Oui/yes Non/no

- Est-ce que votre client a déjà fait un traitement d'électroconvulsothérapie (électrochoc, sismothérapie) pour traiter sa maladie psychiatrique actuelle?
Did your client receive electroconvulsive therapy for treating his/her current psychiatric illness?
 Oui/yes Non/no

- Est-ce que votre cliente est enceinte? / *Is your client pregnant?*
 Oui/yes Non/no S`applique pas / *not applicable*



- Est-ce que votre client(e) présente des altérations dans ses analyses de laboratoires ou dans d'autres tests cliniques pertinents (p. ex., ECG, EEG) dans les 6 derniers mois?
Does your client presents with alterations in his/her laboratory tests or other relevant clinical tests (e.g., ECG, EEG) in the past 6 months?

Oui/yes Non/no

Si oui, SVP précisez / *If yes, please describe:* _____

Comme vous le savez, il est possible que votre client(e) ne corresponde pas aux critères diagnostiques ou de sécurité pour les traitements de neuromodulation. Dans ce cas, nous vous le retournerons immédiatement.

Dans le cas où votre client est accepté, nous serons responsables seulement pour les aspects liés au traitement de neuromodulation (ex. effets secondaires). Toutefois, **vous demeurez responsable** de ce client pour tous les autres aspects de son traitement pendant la durée de son suivi dans notre unité. Nous vous encourageons à communiquer avec le psychiatre consultant pour clarifications des procédures et de plan de traitement.

Afin de pouvoir travailler en partenariat, nous vous remercions à l'avance de bien vouloir répondre à ces questions. Afin de procéder avec le renvoi, vous devez nous faire parvenir: **1) ce formulaire, 2) une demande de consultation médicale, 3) résultats des tests de labo récents (< 6 mois)** en les télécopiant au (514) 888-4466 (Attn.: **Dr Marcelo Berlim – Programme de neuromodulation**).

As you know, it is possible that your client is not eligible for neuromodulation treatment 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 be **only** responsible for neuromodulation-related issues (e.g., side effects). Therefore, **you will remain responsible** for all other aspects of treatment care while your patient is followed-up in our Unit. We strongly encourage you to communicate with the consulting psychiatrist if you need any clarification of specific procedures and/or treatment plan.*

*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 send: **1) this form, 2) a medical consultation request, and 3) recent lab exam results (< 6 months)** by fax to (514) 888-4466 (Attn.: **Dr Marcelo Berlim – Neuromodulation Program**).*

**Signature du médecin traitant /
Signature of the treating physician**

permis / licence

Votre numéro de téléphone: _____
Your telephone number:

Votre numéro de télécopieur: _____
Your fax number: