

**Centre d'Évaluation et de Traitement  
de la Douleur**

Chef de service : Pr Julien NIZARD

**Consultations et HDJ rTMS**

Responsable médical :  
Dr François LEGER, PHC

Aurélien VAN LANGHENHOVE,  
ingénieur

Cadre de Santé :  
Mme Patricia DOUAUD

Mme Florence CARDUNER, IDE

Secrétaires du service :  
Mme Alexia ROUX  
Mme Sylvie GREBAUT  
Tél. secrétariat : 02 40 16 51 73  
Tél. unité : 02 40 16 51 83  
Site HGRL 5<sup>ème</sup> Sud



Etiquette patient :

**QUESTIONNAIRE PATIENT PRÉ-rTMS**



Le \_\_/\_\_/20\_\_

Madame, Monsieur,

Votre médecin envisage un recours à la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) concernant vos symptômes.

Afin de l'aider à évaluer si vous présentez des contre-indications à cette thérapeutique, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes :

**1. Avez-vous déjà reçu des stimulations magnétiques dans le passé ?**

Oui /  Non.

Si oui, avez-vous eu des effets secondaires ou des complications ?

Oui /  Non.

**2. Avez-vous déjà réalisé une IRM cérébrale dans le passé ?**

Oui /  Non.

Si oui, avez-vous le CD de votre IRM cérébrale ?

Oui /  Non.

**3. Avez-vous des particules métalliques (éclats, clips, etc...) dans le cerveau ou le cuir chevelu ?**

Oui /  Non.

Si oui, pouvez-vous indiquer de quel métal il s'agit ? : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Avez-vous des problèmes d'audition ou de sifflement dans les oreilles (acouphènes) ?**

Oui /  Non.

**5. Avez-vous un implant cochléaire ?**

Oui /  Non.

**6. Avez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) ?**

Oui /  Non.

**7. Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale au cerveau ou à la moelle épinière ?**

Oui /  Non.

Si oui, pouvez-vous indiquer de quelle intervention il s'agit ? : \_\_\_\_\_.

**8. Avez-vous un neurostimulateur (cortical, cérébral profond, du nerf vague, médullaire, etc...) implanté dans votre corps ?**

Oui /  Non.

Si oui, pouvez-vous indiquer de quel type de stimulateur il s'agit ? : \_\_\_\_\_.

**9. Avez-vous un dispositif implanté de diffusion de médicaments (pompe) ?**

Oui /  Non.

Si oui, pouvez-vous indiquer de quel type de pompe il s'agit ? : \_\_\_\_\_.

**10. Avez-vous une valve de dérivation du liquide céphalorachidien pour traiter une hydrocéphalie ?**

Oui /  Non.

**11. Avez-vous déjà eu des convulsions ou une crise d'épilepsie ?**

Oui /  Non.

**12. Avez-vous déjà eu une perte de connaissance ou une syncope ?**

Oui /  Non.

Si oui, pouvez-vous décrire dans quelle occasion ? : \_\_\_\_\_.

**13. Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien sévère (c'est-à-dire suivi d'une perte de connaissance) ?**

Oui /  Non.

**14. Avez-vous une maladie neurologique ou psychiatrique ?**

Oui /  Non.

Si oui, pouvez-vous indiquer de quelle maladie il s'agit ? : \_\_\_\_\_.

**15. Avez-vous une maladie grave, notamment cardiaque ou respiratoire ?**

Oui /  Non.

Si oui, pouvez-vous indiquer de quelle maladie il s'agit ? : \_\_\_\_\_.

**16. Êtes-vous enceinte ou est-il possible que vous le soyez ?**

Oui /  Non.

**17. Êtes-vous en privation de sommeil ou en décalage horaire ?**

Oui /  Non.

**18. Avez-vous une consommation excessive de café, d'alcool, ou de médicament ?**

Oui /  Non.

Si oui, pouvez-vous indiquer de quelle(s) substance(s) il s'agit ? : \_\_\_\_\_.

**19. Prenez-vous des médicaments ?**

Oui /  Non.

Si oui, pouvez-vous en indiquer la liste complète ? : \_\_\_\_\_.

**20. Avez-vous récemment (moins d'un mois) arrêté de consommer un médicament ?**

Oui /  Non.

Si oui, pouvez-vous indiquer lequel ? : \_\_\_\_\_.

**Nom, prénom, date de naissance et signature :**

~ ~ ~

Nous vous remercions pour votre confiance.

L'équipe rTMS

