

**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^{ème} 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

