

Questionnaire patient pré-rTMS



Service Interdisciplinaire Douleur Soins Palliatifs et de Support, Médecine Intégrative

Chef de service : Pr Julien NIZARD

Consultation et HDJ rTMS

Responsable médical : Dr François LEGER, PHC

Aurélien VAN LANGHENHOVE, ingénieur

Cadre de Santé : Patricia DOUAUD

Cécile BUGUET, IDE

Secrétaires du service :

Alexia ROUX

Sylvie GREBAUT

Tél. secrétariat : 02 40 16 51 73

Tél. unité : 02 40 16 51 83

Site HGRL 5ème Sud

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.

Identité

Nom :

Nom d'usage :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Âge :

Lieu de naissance :

Commune de résidence :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :



Documents utiles

- **Fiche d'information patient sur la rTMS** : ce document permet de **vous** informer sur la rTMS.
- **Questionnaire patient pré-rTMS (ce questionnaire, facultatif)** : ce document **vous** permet d'aider le médecin à vérifier les indications et les contre-indications à la rTMS.
- **Questionnaire médecin pré-rTMS (obligatoire)** : ce document permet au **médecin** de remplir la demande de prise en charge en vérifiant les indications et les contre-indications à la rTMS.

Où ? : <https://www.chu-nantes.fr/venir-en-consultation-38>

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 ? :

Nous vous remercions pour votre confiance.

L'équipe rTMS



Vos réponses sont à adresser à :

- Par mail à : « secretariat-douleur@chu-nantes.fr ».
- Par courrier postal au : Secrétariat Douleur et Soins Palliatifs.
- Hôpital Nord Laennec - Boulevard Jacques Monod - 44093 Nantes Cedex 1.