

Fiche de demande de prise en charge des pathologies résistantes TROUBLES DE L'HUMEUR

Partie à remplir par le patient

NOM : Nom de jeune fille :

Prénom : **Date de naissance** : / /

Adresse :

Tél : **Email** :

ALD : oui / non N° sécurité sociale :

Médecin traitant : Ville :

Psychiatre traitant : Ville :

Merci d'apporter avec vous toutes les données médicales dont vous disposez, que cela concerne ou non la dimension dépressive (courrier de sortie d'hospitalisation, biologie, compte rendus psychologue, neuropsychologue, imagerie (CD et comptes-rendus), etc.).



Reçu le :/...../.....

Traitement actuel (psychotrope et somatique – ou joindre ordonnance) :

Molécules	Posologies	Date d'introduction

Les données recueillies dans le cadre de votre prise en charge peuvent faire l'objet d'une analyse dans une perspective d'évaluation des soins et de publications scientifiques. Elles seront alors anonymisées de telle sorte qu'il sera impossible de savoir à qui elles appartiennent. Ces analyses seront encadrées par les médecins du CEMNIS et devront préalablement recevoir l'aval d'un comité d'éthique. Elles se feront sous la responsabilité des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (direction de la recherche clinique et de l'innovation).

**Fiche de demande de prise en charge des pathologies résistantes
TROUBLES DE L'HUMEUR**

Partie à remplir par le psychiatre demandeur

Nom du patient :

Nom du **psychiatre** demandeur et coordonnées (ou tampon) :

.....

DEMANDE

AVIS DIAGNOSTIQUE / THÉRAPEUTIQUE PATHOLOGIE RÉSISTANTE

DEMANDE DE BILAN "CENTRE EXPERT DÉPRESSION RÉSISTANTE"

NEUROMODULATION : AVIS RTMS / AVIS ECT

AVIS KÉTAMINE/ESKÉTAMINE

QUESTION POSÉE (si absent de la liste ou précision utile) :

.....

Antécédents psychiatriques personnels et familiaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents somatiques pertinents :

.....

.....

.....

.....

Éléments biographiques notables :

.....

.....

.....

.....

.....

Situation actuelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Historique pharmacologique. La durée de chaque traitement, les posologies maximales et les causes d'arrêt (effets secondaires en particulier) nous seront d'une aide précieuse. Nous savons combien ce travail peut être difficile chez des patients chroniques, merci de faire au mieux, même si cela reste incomplet ou approximatif :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Joindre toute information qui vous semblerait utile (copie de la dernière ordonnance, biologie, compte rendus psychologique ou neuropsychologique, imagerie (CD + compte rendu), etc.).

La présente demande est à envoyer au CEMNIS par courriel (cemnis@chru-strasbourg.fr), fax (03 69 55 17 28) ou par voie postale à CEMNIS, 1 place de l'Hôpital, BP426, 67091 STRASBOURG CEDEX. Le patient sera contacté par notre secrétariat pour convenir d'un rendez-vous.