

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN NEUROMODULATION

COORDONNEES DU PATIENT

Nom / Prénom : Téléphone :
Date de naissance : / / Mail :
Adresse :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin Traitant :
Nom, prénom : Téléphone :
Mail :

Médecin adresseur :
Nom, prénom : Téléphone :
Mail :

Prise en charge ALD 30 :
 oui non Motif :

Antécédents :

* Médicaux :	* Chirurgicaux :
* Psychiatriques :	* Familiaux :
* Toxiques :	* Allergies :

Traitements en cours : **Merci de joindre la dernière ordonnance**

Anamnèse :

Indication à la neuromodulation :

Dépression résistante (échec d'au moins 2 antidépresseurs à dose efficace pendant 6 semaines)

Traitements précédents :

Nom	Posologie (mg/j)	Durée (dates)	Remarques
.....
.....
.....
.....

Dépression résistante dans le cadre d'un trouble bipolaire (échec d'au moins 2 thymorégulateurs à dose efficace pendant 6 semaines)

Traitements précédents :

Nom	Posologie (mg/j)	Durée (dates)	Remarques
.....
.....
.....
.....

Douleur neuropathique résistante

Traitements précédents :

Nom	Posologie (mg/j)	Durée (dates)	Remarques
.....
.....
.....
.....

Autre :

Date de la demande :

Signature et cachet du médecin :