

Formulaire de demande pour le remboursement d'un neurostimulateur dans
le cadre du TOC

I. Identification

1. Du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe:

Adresse:

Numéro de tél.:

2. Du centre

Nom du centre :

Nom des médecins :

Numéros Inami :

Date de la demande :

II. Données médicales/psychiatriques

1. Diagnostic DSM IV-TR actuel :

Axe I: diagnostic principal :
diagnostic secondaire :

Axe II:

Axe III:

Axe IV:

Axe V:

2. Antécédents médicaux :

Interne :

Chirurgie :

3. Anamnèse psychiatrique :

Épisode psychotique : oui/non période(s) :

Schizophrénie : oui/non depuis :

Abus/dépendance de substances :
oui/non
substance :
période(s) :
état actuels :

Episode(s) dépressive : oui/non période(s)

Episode (hypo)maniaque/mixte :
oui/non période(s)

Suicidalité : oui/non :
 évolution :
 état actuel :

Démence /trouble cognitif NS :
oui/non
depuis :

|

4. Symptômes obsessionnels :

4.1. Description qualitative des Obsessions

4.2. Description qualitative des Compulsions

4.3. Début des premiers symptômes : à l'âge de.....ans

4.4. Début des symptômes gravement invalidants : à l'âge de.....ans

4.5. Date du la pose du diagnostic :

4.6. Impact sur la qualité de vie

4.7. Antécédents familiaux (troubles psychiatriques)

4.8. Yale- Brown Obsessive- Compulsive Scale (Y-BOCS):

Date :	obsessions :	/20
	compulsions :	/20

4.9. Global Assessment of Functioning (GAF) score:

Date :	/100
--------	------

5. Traitement :

5.1. Traitement actuel

5.1.1. Médication (indiquer par médicament: dose et depuis quand)

5.1.2. Psycho-thérapie/ accompagnement (indiquer le genre de la thérapie, la fréquence et depuis quand)

5.2. Traitement antérieur

5.2.1. Biologique

5.2.1.1. Pharmacothérapie

<u>Médication</u>	<u>Dose max.</u>	<u>Durée ou période</u>	<u>Résultats + Raison de l'arrêt</u>
ISRS :			
Anafranil :			
Autres :			

5.2.1.2. Thérapie électroconvulsive (mentionner le nombre, le période et l'indication)

5.2.1.3. Autres

5.2.2. Thérapie cognitive comportementale (rapport de traitement joint en annexe)

- **Thérapeute : (nom, adresse et/ou numéro Inami)**
- **Techniques :**
- **Fréquence et durée**
- **Résidentiel/ ambulatoire**
- **Résultat/ raison de l'échec**

5.2.3. Autre thérapie (rapport de traitement joint en annexe)

- **Technique/genre:**
- **Fréquence et durée:**
- **Résidentiel/ ambulatoire:**
- **Résultat/ raison de l'échec:**

5.2.4. Statut d'emploi :

Depuis quelle date :

6. Données neurologiques :

CT- scan ou IRM : effectués le.....(date)

Résultats :

Signatures des membres de l'équipe TOC:

	Nom	Numéro Inami	Signature
Neurochirurgien(s):			

Psychiatres: