

## Coordonnées du patient

Nom ..... Adresse .....  
Prénom ..... CP-Ville .....  
Date de naissance ..... Téléphone .....

## Informations médicales

Patient déjà pris en charge dans notre établissement ? non oui, année :.....  
Provenance domicile établissement de soins ..... autres .....

## Mode de vie - Environnement social/familial et professionnel

Antécédents médico-chirurgicaux : (et noms des spécialistes)

Antécédents psychiatriques : (maladies et hospitalisations)

## Motif d'hospitalisation / histoire de la maladie

Demande spécifique ECT } Précisez l'indication : .....  
rTMS }

Conduites à risques ? (r. suicidaire, drogue, alcool...) non oui :.....

Allergies .....

Autonomie / caractéristiques physiques poids : ..... kg taille : ..... cm autres : .....

- Difficultés à monter les escaliers non oui :.....
- Appareillages (cannes, déambulateur, fauteuil roulant, etc.) non oui :.....
- Besoin d'aide à la toilette non oui :.....
- Apnée du sommeil / V.N.I., extracteur d'oxygène... non oui :.....
- Matériel d'incontinence, sondes, autres (cécité, surdité; etc.) non oui :.....

## Traitements en cours (ou joindre la copie de la dernière ordonnance de chaque spécialité)

Joindre les **examens complémentaires** : ECG, BS, CR médecin spécialiste, imagerie, hospitalisations ...

## Coordonnées du médecin (ou cachet professionnel)

Nom .....  
Prénom .....  
Ville d'exercice .....  
Téléphone .....  
Date .....

Réponse de la clinique  oui  non

réserves :

Le ..... par .....

## Electroconvulsivothérapie - ECT

---

Bilan préalable à l'hospitalisation :

- Electrocardiogramme
- Bilan ophtalmologique
- IRM cérébrale sans injection ou TDM cérébrale avec injection

## Stimulation Magnétique Transcrânienne Répétitive - rTMS

---

Bilan préalable à l'hospitalisation :

- IRM cérébrale (Préscription téléchargeable **ICI**)