

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:**



#### **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 de 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**

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

**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:**

	<b>Nom</b>	<b>Numéro Inami</b>	<b>Signature</b>
<b>Neurochirurgien(s):</b>			

**Psychiatres:**