

Formulaire de demande pour le remboursement d'un neurostimulateur de remplacement 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 concernant le remplacement

Date d'implantation du premier neurostimulateur :

Date(s) d'implantation du/des neurostimulateur(s) de remplacement :

Raison du remplacement :

End of life

Infection

Autre :.....

III. Rapport médical de l'évolution

doit entre autres être mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation

Signatures des membres de l'équipe TOC:

	Nom	Numéro Inami	Signature
Neurochirurgien(s):			

Psychiatres: