

Carta de referência para estímulo magnético transcraniano (EMT)

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome	<input type="text"/>	Data de nascimento	<input type="text"/>
Endereço	<input type="text"/>	Cidade	<input type="text"/>
Telefone 1.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>
E-mail		<input type="text"/>	

INDICAÇÃO PARA EMT

Indicação de tratamento / hipótese diagnóstica

- Depressão Manejo de dor crônica
 TOC Enxaqueca
 TEPT Alucinação auditiva
 Outros

Neuromodulação prévia

- EMT – número de sessões:
 ECT – número de sessões:

Medicamentos em uso:

Principal motivo da indicação

- Falha medicamentosa
 Resposta prévia a EMT
 Preferência do paciente
 Baixa tolerabilidade medicamentosa

Outro tratamento concomitante:

- Psicoterapia Individual
 Em grupo
 Outros

Riscos potenciais:

- Epilepsia/histórico de convulsão Neurocirurgia Suicídio Agressão
 Marca-passo ou outros implantes Implante coclear Problemas prévios com EMT

Alergias ou outros riscos:

- Não Sim – especifique

Informações adicionais

MÉDICO DE REFERÊNCIA

Nome	<input type="text"/>	CRM	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>
Endereço	<input type="text"/>		
Assinatura	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>

