

MIND Clinic – DBS Assessment Referral

135 MacBeath Avenue, Moncton, New Brunswick E1C 6Z8
 Telephone 506-870-2411 | Fax 506-870-2841
 MIND.CIMN@HorizonNB.ca

Name _____
 Date of Birth (month/dd/yyyy) _____
 Sex Female Male
 Mailing Address _____

 Medicare _____ Expiry Date _____
 Telephone _____ Other _____
 Email _____
 Patient's Preferred Language English French

Deep Brain Stimulation (DBS) Assessment

DBS eligibility will be determined by a multi-phase evaluation by our interdisciplinary team. If your patient is eligible, the DBS pre-operative process will begin. As the referring physician, you will remain the primary attending physician.

Exclusion Criteria – Patients with any of the following are ineligible

- Age greater than (>) 70 years
- Duration of Parkinson's Disease (PD) progression less than (<) 2 years
- Levodopa dose equal to or less than (≤) 800 mg
- Suspicion of other Parkinsonian-like disease
- Unable to pass Levodopa Challenge test - No response; Allergy; Resistance to Levodopa
- Cognitive dysfunction - Dementia is an absolute contraindication
- Body Mass Index greater than (>) 35 kg/m²
- Psychiatric disturbance - Severe depression; Suicidal ideation; Severe psychosis
- Severe health issues - Active cancer; Cancer in remission for less than (<) 5 years; Severe cardiac disease; Previous stroke or repetitive transient ischemic attacks; Uncontrolled diabetes mellitus [HbA1c greater than (>) 8]; Autoimmune disease requiring Disease-Modifying Anti-Rheumatic drugs; Multiple sclerosis
- Social issues and/or absence of care partner support

Please answer the following questions. Incomplete referrals will be returned.

Patient age at this referral		
Parkinson's Disease (PD) history	Year diagnosed:	Year of symptom onset:
Previous PD treatment(s)	Previous PD medications trials:	
Current PD treatment	Current dose:	Frequency:
Indication(s) for DBS	<input type="checkbox"/> Motor fluctuation <input type="checkbox"/> Disabling dyskinesia <input type="checkbox"/> Severe refractory tremor	
Speech or gait issues?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please describe:	
Other needs or considerations?	<input type="checkbox"/> Wheelchair Assistance <input type="checkbox"/> Reading/Writing Assistance <input type="checkbox"/> Hearing Impairment <input type="checkbox"/> Other: _____	

Note: Brain MRI within the past 12 months is required with this referral, please include report.
 Referrals will be triaged based on the information provided.

Date (month/dd/yyyy)	Referring Provider Name (Print)	Referring Provider Signature

Clinique IMN – Demande d'évaluation par SCP

135, av. MacBeath, Moncton (N.-B.) E1C 6Z8
Téléphone : 506-870-2411 | Télécopieur : 506-870-2841
MIND.CIMN@HorizonNB.ca

Nom _____
Date de naissance (mois/jj/aaaa) _____
Sexe : Féminin Masculin
Adresse postale _____

NAM _____ Exp. _____
Téléphone _____ Autre _____
Courriel _____
Langue de préférence du patient : Français Anglais

Évaluation pour stimulation cérébrale profonde (SCP)

L'admissibilité du patient à la SCP sera déterminée par une évaluation multi-phase menée par notre équipe interdisciplinaire. Si votre patient est admissible, le processus préopératoire relatif à la SCP pourra être entrepris. En tant que médecin orienteur, vous demeurez le principal médecin traitant.

Critères d'exclusion – Les patients qui répondent à l'un des critères suivants ne sont pas admissibles :

- Âge supérieur à (>) 70 ans
- Durée de progression de la maladie de Parkinson (MP) inférieure à (<) 2 ans
- Dose de lévodopa égale ou inférieure à (\leq) 800 mg
- Présence soupçonnée d'une autre maladie semblable à la MP
- Incapable de passer le test de provocation à la lévodopa – Aucune réponse; Allergie; Résistance à la lévodopa
- Dysfonction cognitive – Contre-indication absolue en cas de troubles neurocognitifs majeurs (démence)
- Indice de masse corporelle > 35 kg/m²
- Instabilité psychiatrique : dépression grave, idées suicidaires, psychose grave
- Problèmes de santé grave : Cancer actif; Cancer en rémission depuis < 5 ans; Problème cardiaque grave; Antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accidents ischémiques transitoires répétés; Diabète sucré non contrôlé (HbA1c > 8); Maladie auto-immune nécessitant des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie; Sclérose en plaques
- Problèmes sociaux ou absence de partenaire de soins

Veillez répondre aux questions suivantes. Les formulaires incomplets seront renvoyés.

Âge du patient au moment de cette demande de consultation		
Antécédents de maladie de MP	Année du diagnostic :	Année où les symptômes sont apparus :
Traitements précédents pour la MP	Essais médicamenteux précédents pour la MP :	
Traitement actuel pour la MP	Dose actuelle :	Fréquence :
Indications pour la SCP	<input type="checkbox"/> Fluctuation des capacités motrices <input type="checkbox"/> Dyskinésie handicapante <input type="checkbox"/> Tremblement réfractaire grave	
Difficulté à parler ou à marcher?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser :	
Autres besoins ou points à prendre en considération?	<input type="checkbox"/> Aide pour déplacements en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Aide avec l'écriture ou la lecture <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Autre _____	

Note : Le patient doit avoir passé une IRM du cerveau au cours des 12 derniers mois. Veuillez inclure le rapport à la présente demande de consultation.

Les demandes de consultation feront l'objet d'un triage en fonction de l'information fournie.

Date (mois/jj/aaaa)	Nom du fournisseur auteur de la demande (en caractères d'imprimerie)	Signature du fournisseur auteur de la demande