

**CLUB TMS**  
**30 rue Cabanis**  
**75014 PARIS**

**Pour qui :**  
Internes en psychiatrie,  
psychiatres hospitaliers ou libéraux.

**Où :**  
Service du Pr d'Amato  
Bat520 - CH Le Vinatier  
95 Bvd Pinel - 69677 Bron cedex  
Contact :  
Mme L Wallart 04 37 91 55 65 (14 à 18H)

**Participation aux frais :**  
Etudiants et Paramédicaux :  
- La journée : 150 €

Médecins :  
- La journée : 300 €

**Inscriptions :**  
club rTMS et Psychiatrie  
Mme L Wallart service du Pr d'Amato  
Bat520 - CH Le Vinatier  
95 Bvd Pinel - 69677 Bron cedex  
Tél. : 04 37 91 55 65  
Courriel : clubrtms@gmail.com



Formation organisée par le *Club rTMS* et psychiatrie, sous le parrainage de l'AFPB, et grâce au soutien de Alpine Biomed et Inomed.



# formation

## Utilisation de la **TMS** en psychiatrie

**Le vendredi 19 juin 2009**



# formation

## Vendredi 19 juin 2009 - Principales indications en psychiatrie

### Matinée

**9h00-9h45** Stimulation magnétique, principe et paramétrage **intervenant Dr. David SZEKELY**

**10h00-11h30** TMS et dépression, bibliographie **intervenant Fady RACHID**

**11h45-13h00** TMS et schizophrénie, bibliographie **intervenant Jérôme BRUNELIN**

### Après-midi

**14h00-15h00** Présentation des équipements (INOMED et ALPINE BIOMED)

**15h00-17h00** Formation de 3 groupes (6-8 personnes max.) animés par les intervenants du matin

### Objectifs :

démonstration par les animateurs puis mise en pratique par **chaque participant** de la détermination de cible corticale, et des méthodes de titration visuelle et PEM.

## Formation

- Je souhaite m'inscrire\*  
à la journée de formation du 19 juin 2009  
et je joins un chèque de ..... €  
à l'ordre de *Club TMS et Psychiatrie*.

**\* L'inscription définitive ne sera effective  
qu'a réception du chèque par la secrétaire.**

Nom : .....

Fonction : .....

Établissement : .....

Adresse : .....

Tél. (indispensable) : .....

Fax : .....

E-mail : .....

Date : .....

Signature du participant :

Cachet de l'établissement :

