



DEMANDE DE CONSULTATION EN DOULEUR CHRONIQUE



PÔLE CHIRURGIE
ANESTHESIE
MERE ENFANT

Date de la demande : _____ Date de réception: _____

Origine de la demande : [] Patient [] Médecin traitant [] Médecin spécialiste

CHEF DE POLE : DOCTEUR A. MASLOH [] Une autre structure douleur : laquelle ? _____

CONSULTATION DOULEUR
MEDECINES COMPLEMENTAIRES
BIEN ÊTRE

Nom du patient : _____

Nom du médecin _____

Prénom : _____

Date de Naissance : / ___ / ___ / ___ /

/ ___ / ___ / ___ / _____

Adresse : _____

Tel. : _____

Fax : _____

E Mail : _____

DOCTEUR THIERRY DENIEZ
ANESTHESISTE REANIMATEUR
ALGOLOGUE
e-mail : thierry.deniez@cmcm.fr

/ ___ / ___ / ___ / _____

Tel : _____

Docteur Pierre-Yves LE DENMAT
ANESTHESISTE-REANIMATEUR
ALGOLOGUE
HOMEOPATHIE
MESOTHERAPIE

Nous vous demandons de valider la demande afin de s'assurer que le motif de la consultation est bien en lien avec de la douleur chronique afin de pouvoir garantir des délais les plus raisonnables possibles.

Motif de la consultation :

Antécédents significatifs :

Profession : _____

Le patient est-il en arrêt de travail ? [] non [] oui depuis quand ? _____

Ancienneté de la douleur :

- [] moins de 6 mois [] moins d'un an [] moins de 5 ans [] plus de 5 ans

Caractère de la douleur :

- [] douleur nociceptive (mécanique, inflammatoire...)
[] douleur neuropathique (brûlures, fourmillements, paroxysmes, ...)

Examens complémentaires déjà pratiqués pour la douleur : (les joindre à la première consultation)

- [] Radiographies [] Scanner [] IRM [] EMG
[] Autres (préciser) :

Le patient a-t-il déjà été suivi dans un autre centre antidouleur : [] Oui [] Non

Si oui lequel :

Hospitalisation(s) antérieure(s) pour ce symptôme : [] Oui [] Non

Préciser la date et lieu :

Pensez-vous qu'il existe chez votre patient un retentissement psychologique de la douleur chronique ? Oui Non

Y a-t-il eu une prise en charge psychologique ? Oui Non

Y a-t-il eu une prise en charge en hospitalisation ? Oui Non

Nom du psychiatre ou psychologue : _____

Type de traitements déjà entrepris, durée et effets secondaires éventuels:

- Antalgiques périphériques
- Opioïdes faibles
- Opioïdes forts
- Antidépresseurs (*préciser*) : pour la douleur pour une dépression
- Anti-épileptiques
- Neurostimulation transcutanée
- Relaxation
- Acupuncture
- Autres (*préciser*) :

Commentaires :

Orientation du patient en consultation douleur chronique pour :

Avis diagnostique

Avis thérapeutique

Prise en charge

Avis du médecin algologue :

Le _____

Dr T. DENIEZ

Dr PY LE DENMAT

Dr H. SCHMETS

Délai de consultation préconisé : _____

Date du RDV : _____