



**Seront priorisés les dossiers
exhaustifs et documentés
Aucun délai ne sera donné aux demandes sommaires**



DEMANDE DE CONSULTATION EN DOULEUR CHRONIQUE
douleur@pole-pssl.fr pour envoi du formulaire par courriel

**PÔLE CHIRURGIE
ANESTHESIE**

Date de la demande : _____

Date de réception: _____

CHEF DE POLE :
DOCTEUR LAURE BLANCHARD

Nom du patient : _____

Nom du médecin _____

CONSULTATION DOULEUR
MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES
BIEN ÊTRE

Prénom : _____

/ / / / / / _____

Date de Naissance : / / / / / /

Tel. : _____

Adresse : _____

Fax : _____

Docteur Florence DURR HANSMANN
ALGOLOGUE
e-mail : @pole-pssl.fr

E Mail : _____

/ / / / / / _____

Docteur Pierre-Yves LE DENMAT
ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR
ALGOLOGUE
HOMÉOPATHIE
MÉSOTHÉRAPIE

Tel : _____

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 :

DOCTEUR HÉLÈNE SCHMETS
ALGOLOGUE
e-mail : helene.schmets@ico.unicancer.fr

ANNE MILLOT
PSYCHOLOGUE
e-mail : amillot@pole-pssl.fr

Antécédents significatifs :

MIKAËLLE TABURET
INFIRMIÈRE RESSOURCE DOULEUR
e-mail : mtaburet@pole-pssl.fr

Profession : _____

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

SAMUELLE LE VEVE
SECRÉTARIAT MÉDICAL
CONSULTATION DOULEUR
MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES
BIEN ÊTRE
TÉL. : 02.44.71.33.66
FAX : 02.44.71.31.88
e-mail : douleur@pole-pssl.fr

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...)

N° FINSS : 720 016 724
720 000 504 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

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

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Commentaires :

Orientation du patient en consultation douleur chronique pour :

Avis diagnostique

Avis thérapeutique

Prise en charge