



DEMANDE DE CONSULTATION EN DOULEUR CHRONIQUE

douleur@pole-pssl.fr pour envoi du formulaire par courriel



PÔLE CHIRURGIE ANESTHESIE MERE ENFANT

CHEF DE POLE :
DOCTEUR A. MASLOH

Date de la demande : _____

Date de réception: _____

Origine de la demande : Patient Médecin traitant Médecin spécialiste

Une autre structure douleur : laquelle ? _____

CONSULTATION DOULEUR MEDECINES COMPLEMENTAIRES BIEN ÊTRE

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

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

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

SECRETARIAT
CONSULTATION DOULEUR
MEDECINES COMPLEMENTAIRES
BIENETRE
TEL : 02.44.71.33.66
FAX : 02.44.71.31.88
e-mail : sleveve@pole-pssl.fr

N° FINESS : 720 016 724
720 000 504

Nom du patient : _____

Nom du médecin _____

Prénom : _____

/ / / / / / _____

Date de Naissance : / / / / / /

Tel. : _____

Adresse : _____

Fax : _____

/ / / / / / _____

E Mail : _____

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 :

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 : _____