



**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
ANESTHÉSIE**

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 Pierre-Yves LE DENMAT
ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR
ALGOLOGUE
HOMÉOPATHIE
MÉSOTHÉRAPIE

/ / / / / / _____

E Mail : _____

Tel : _____

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

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 :

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

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

Antécédents significatifs :

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

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

N° FINSS : 720 016 724
720 000 504

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

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



Au vu d'un nombre très important de demandes, nous priorisons la prise en charge de patients présentant :

- **algodystrophie,**
- **fibromyalgie,**
- **lombalgie,**

habitant dans le secteur Sablé – La Flèche.