

Date de la demande :

..... / /

À nous retourner à

Pôle chirurgie-anesthésie

Consultations douleur chronique

Pôle Santé Sarthe et Loir

La chasse du point du jour

BP 10129 - 72205 Le Bailleul CEDEX

Ou par mail

douleur@mssante.fr

1. Identité du patient

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Née le : / /

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél (obligatoire) : Mail :

2. Identité du praticien demandeur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél (obligatoire) : Mail :

3. Demande de consultation

Nous vous demanderons 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 le :

Ancienneté de la douleur :

☐ moins de 6 mois ☐ moins d'un an ☐ moins de 5 ans ☐ plus de 5 ans

Caractères de la douleur :

- ☐ douleur nociceptive (mécanique, inflammatoire, etc.)
- ☐ douleur neuropathique (brûlures, fourmillements, paroxysmes, etc.)

4. Examens complémentaires déjà pratiqués

Nous vous demandons de joindre avec ce formulaire, tous justificatifs et résultats d'examens déjà pratiqués.
Sans ses éléments, votre demande ne pourra aboutir.

☐ Radiographie ☐ Scanner ☐ IRM ☐ EMG

☐ Autres (*préciser*) :

.....

- **Le patient a-t-il déjà été suivi dans un autre centre antidouleur ?** ☐ oui ☐ non
Si oui, lequel ?
- **Le patient a-t-il déjà été hospitalisé pour ce symptôme ?** ☐ oui ☐ non
Si oui, préciser la date et le lieu de l'hospitalisation :
- **Pensez-vous qu'il existe chez votre patient un retentissement psychologique de la douleur chronique ?** ☐ oui ☐ non
- **Le patient bénéficie-t-il d'une prise en charge psychologique ?** ☐ oui ☐ non

Liste des types des traitements en cours ou déjà entrepris, durée et effets secondaires éventuels:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Orientation du patient

Demande de consultation douleur pour :

☐ avis / diagnostique ☐ avis thérapeutique ☐ prise en charge

6. Attestation

Je soussigné(é) ☐ M. ☐ Mme

☐ Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Fait à :

Le : / /

Signature

Pour tous renseignements complémentaires, merci de contacter l'infirmière du service de douleur chronique au 02 44 71 32 58.