

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@pole-pssl.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 du médecin demandeur

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 **le secrétariat du service de douleur chronique au 02 44 71 33 66.**