



Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier d'un rendez-vous en consultation douleur au niveau de notre CETD.

Pour nous permettre de répondre au mieux à votre demande, nous vous invitons à **compléter le document ci-joint qui comprend une partie à faire remplir par votre médecin référent.**

Ce document doit être adressé au secrétariat du CETD par voie postale ou par mail

CETD- Hôpital FOCH
40 rue Worth
92150 SURESNES
secretariat.clud@hopital-foch.com

Les délais pour une première consultation dans notre centre varient actuellement entre 4 à 6 mois.

Les demandes sont traitées en fonction du degré d'urgence évalué par les médecins du service.

Votre RDV sera programmé dans les meilleurs délais et une convocation vous sera transmise avec la date et l'heure de votre RDV ;

En cas d'imprévis merci de nous prévenir au 01 46 25 24 26 entre 10h et 12h ou par mail :

secretariat.clud@hopital-foch.com

PARTIE A REMPLIR PAR VOUS

Date de la demande :

Vos coordonnées :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :ans

Adresse

.....
.....

Téléphone(s) : Portable :

Email :

Médecin traitant déclaré à la caisse primaire d'assurance maladie (nom et adresse)

.....
.....
.....

MOTIF DE CONSULTATION :

.....
.....
.....

Votre situation professionnelle actuelle

Profession :

Arrêt de travail en lien avec la douleur : oui non

Si oui, depuis quand :

Votre douleur est-elle en lien avec un accident de travail : oui non

Votre douleur entre-t-elle dans le cadre d'une maladie professionnelle : oui non

Avez-vous été suivi dans une consultation douleur auparavant ?

non oui Si oui, merci de nous adresser ses coordonnées

.....
.....

Vous consultez sur les conseils de :

Votre médecin généraliste

Un spécialiste, Lequel ?

Une autre consultation douleur Laquelle ?

A votre initiative ?

Autre Précisez

Qu'attendez-vous de cette consultation ?

Un éclairage diagnostique

Une réévaluation de votre traitement médicamenteux

Une aide non médicamenteuse pour mieux gérer cette douleur

Début de votre douleur Depuis quand avez-vous mal ?

3 mois à 6 mois

6 mois à 1 an

1 à 5 ans

plus de 5 ans

La douleur est-elle apparue après une chirurgie ou un traumatisme physique ?

Si oui, précisez :

.....
.....
.....

La douleur est-elle apparue après une maladie ou un traitement ?

Si oui, précisez :

.....
.....
.....

La douleur est-elle apparue dans d'autres circonstances ?

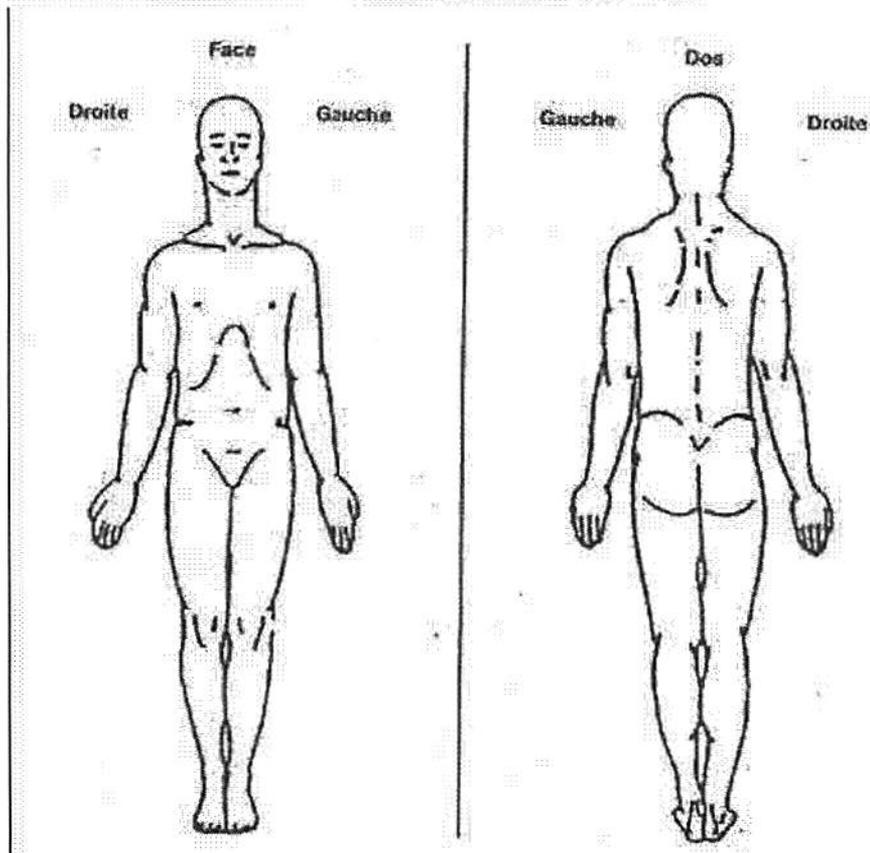
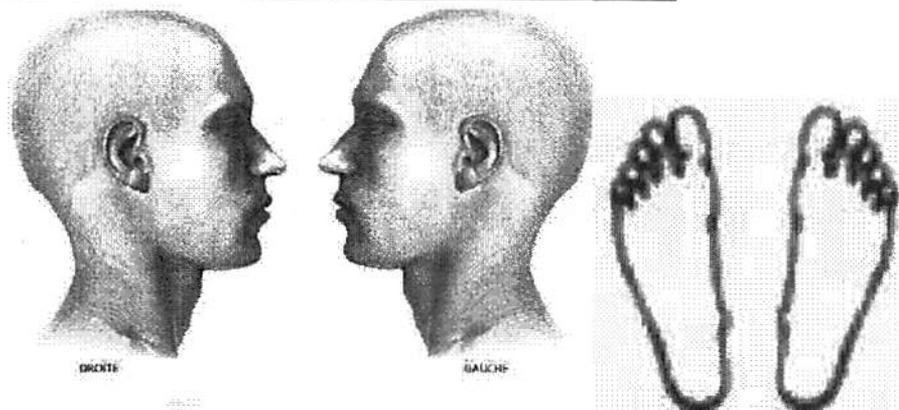
Si oui, précisez :

.....
.....
.....

Description de votre douleur

Localisez sur les schémas ci-dessous l'endroit où vous ressentez votre douleur en utilisant le code couleur proposé

Couleur	Douleur
Rouge	Très intense
Jaune	Intense
Vert	Moyenne
Bleu	Faible



PARTIE A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN
A qui le compte rendu de votre consultation sera adressé.

1- Type ou étiologie de la douleur motivant la consultation

.....
.....
.....

Contexte urgent : post partum post chirurgical oncologique post zona

Délai d'apparition : 1-3 mois 3-6 mois 6 mois-1 an 1-5 ans >5 ans

2- Votre patient est-il en ALD pour ce problème douloureux ? OUI NON

3- Antécédents principaux du patient

.....
.....
.....
.....
.....

4-Traitement médicamenteux en cours (ou joindre l'ordonnance)

.....
.....
.....
.....
.....

5- Motifs de la consultation

- Avis diagnostique
- Réévaluation du traitement médicamenteux
- Prise en charge de la douleur interventionnelle (infiltration nerveuse- bloc nerveux, mise en place de pompe intrathécale, stimulation médullaire ou nerveuse)
- Demande de prise en charge non médicamenteuse :(Electrostimulation (TENS), techniques psychocorporelles, auriculothérapie)
- Consultation demandée par le patient

6- Examens complémentaires réalisés pour l'exploration de cette douleur (ou double des comptes rendus)

.....
.....
.....
.....

7- Spécialistes consultés pour cette douleur chronique (rhumatologue, chirurgien, neurologue, psychologue, interniste, psychiatre...)
 (Merci de joindre les comptes rendus de consultation)

.....

8- Le patient a-t-il déjà été hospitalisé pour cette douleur notamment dans un centre de rééducation fonctionnelle ou déjà dans un autre CETD ?

.....

9- Médicaments déjà essayés pour soulager cette douleur (entourez)

Paracetamol	Ixprim/ Zaldiar	Skenan Actiskenan	Lyrica
Aspirine	Tramadol	Oxycontin Oxynorm	Neurontin
AINS	Efferalgan codéiné/ Codoliprane/ Klippal	Durogésic	Laroxyl
Acupan	Lamaline/ Izalgi		Cymbalta
			Tegretol
			Versatis

10- En tant que médecin traitant, avez-vous une demande spécifique à formuler pour ce patient ou un éclairage contextuel, motivationnel ou autre à apporter ?

.....

CACHET DU MEDECIN

En vous remerciant vivement de votre collaboration, veuillez agréer, cher collègue, l'expression de nos sentiments distingués.

**L'équipe du CETD
 Hôpital Foch**

Faint, illegible text on the left page of a two-page spread. The text is mostly obscured by noise and low contrast.

Faint, illegible text on the right page of a two-page spread. The text is mostly obscured by noise and low contrast.