

Formulaire d'adressage et d'aide à la consultation au centre de la douleur

Vous demandez une consultation de médecine de la douleur et pour cela nous avons besoin que remplissiez ce formulaire. Il nous aidera à mieux préciser la douleur que vous ressentez et la place qu'elle prend dans votre vie. La première partie est à remplir par vos soins et la 2^{ème} partie avec l'aide de votre médecin traitant / spécialiste qui vous adresse.

Ce formulaire devra être adressé au secrétariat du service afin qu'il soit évalué et que nous puissions vous proposer un rendez-vous.

Date de rédaction de la demande :

Patient

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Médecin adresseur

Nom et prénom :

Spécialité :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

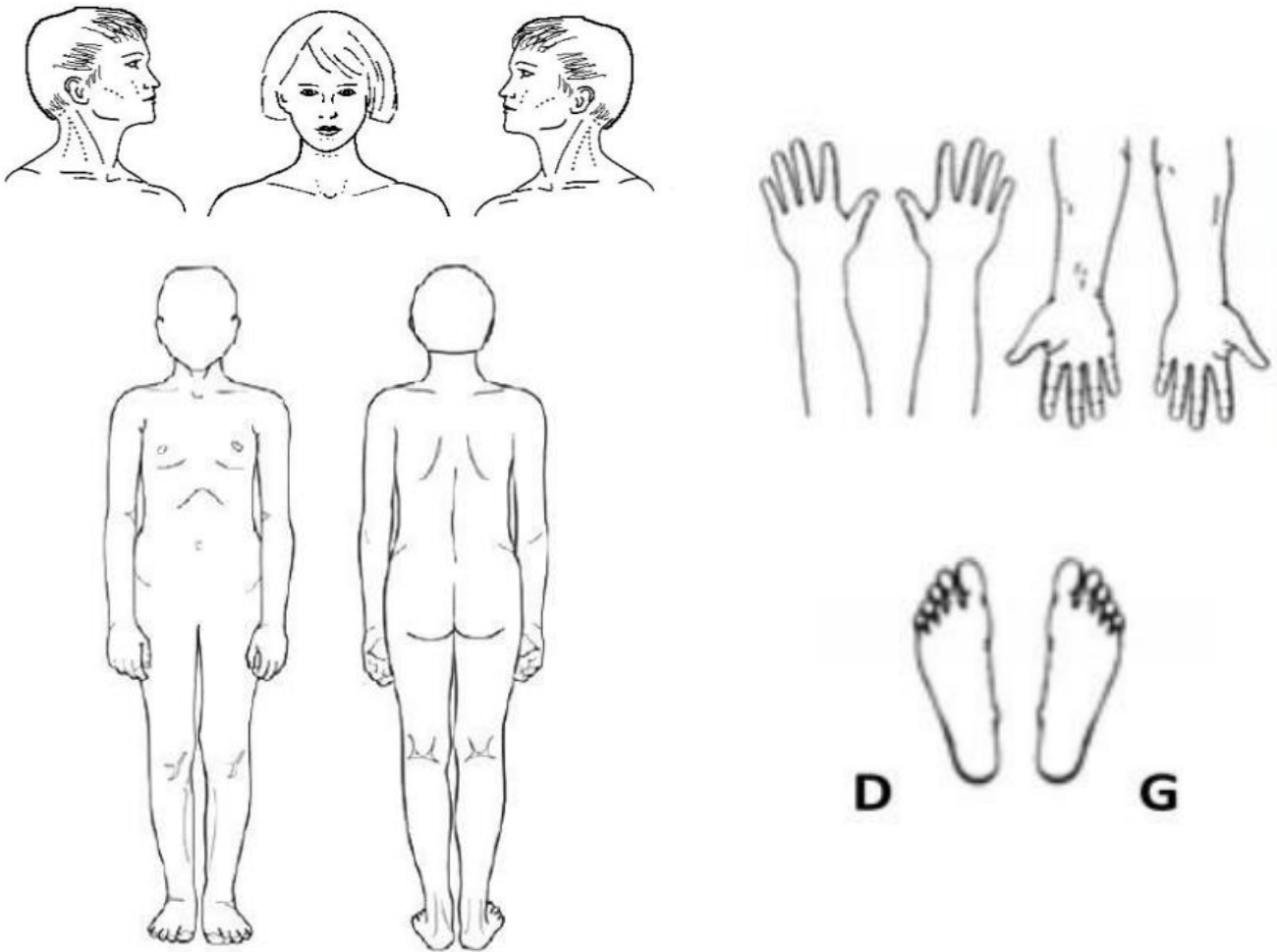
Médecin traitant (coordonnées, si différentes de l'adresseur) :

Questionnaire concis de la douleur à remplir par le patient

Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone.

Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

Pas de Douleur

Douleur maximale imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **faible** que vous avez ressentie la semaine dernière.

Pas de Douleur

Douleur maximale imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**

Pas de Douleur

Douleur maximale imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**

Pas de Douleur

Douleur maximale imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

Aucune amélioration

Amélioration complète

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Cocher le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Activité générale

Ne gêne pas

Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Humeur

Ne gêne pas

Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Capacité à marcher

Ne gêne pas

Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas

Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Relations avec les autres

Ne gêne pas

Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sommeil

Ne gêne pas

Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Goût de vivre

Ne gêne pas

Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quelle est pour vous la cause ou les causes des douleurs que vous avez ?

Quels sont les éléments qui aggravent la douleur que vous avez ?

Quels sont les éléments qui soulagent la douleur que vous avez ?

Quels changements vont se produire quand votre douleur sera atténuée ?

Quels est votre objectif principal, que vous souhaitez atteindre ?

Quels sont vos attentes de la consultation en médecine de la douleur ?

Avez-vous d'autres éléments à nous apporter ?

Échelle HAD

(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : 3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais	(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : 3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais
(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : 0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus	(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : 0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent
(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : 3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout	(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence : 3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête plus attention que par le passé
(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses : 0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout	(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : 3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout
(5-A) Je me fais du souci : 3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement	(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses: 0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais
(6-D) Je suis de bonne humeur : 3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps	(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique : 3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais
(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : 0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais	(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision : 0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement

Questionnaire à remplir avec l'aide du médecin traitant

LES ATTENTES DU MÉDECIN ADRESSEUR

Modalités d'intervention souhaitées :

- ☐ Consultation du patient en présentiel au Centre de la douleur
- ☐ Avis téléphonique d'un médecin de la douleur pour le médecin adresseur
- ☐ Concertation sur dossier (participation du médecin adresseur au staff douleur présentiel ou visio)

Types d'interventions souhaitées (plusieurs choix possibles)

- ☐ Avis diagnostique
- ☐ Avis thérapeutique
- ☐ Évaluation et, au besoin, prise en charge spécialisée au Centre de la douleur
- ☐ Accès à une technique spécifique (à préciser) :
- ☐ Autre (à préciser) :

Commentaires éventuels :

Demande en urgence (somatique, sociale ou autre) oui non

Si oui, justification du recours au dispositif coupe-file (obligatoire) :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LA DEMANDE

Aggravation récente du syndrome douloureux (**selon le médecin adresseur**) : oui non

Date d'apparition initiale de la douleur motivant la demande :

Diagnostic étiologique de la douleur

Connu (à préciser) :

Inconnu (le cas échéant, hypothèse du médecin adresseur) :

oui non

Si oui, le(s)quels) et quand ? Merci de nous communiquer les courriers de consultations et/ou hospitalisations.

oui non

Si oui, le(s)quels) et quand ? Merci de nous communiquer les courriers de consultations et/ou hospitalisations.

Comorbidités principales (dont psychiatriques, avec si possible dates de début)

Bénéficiez-vous d'une ALD ? ☐ Non

☐ Oui : ☐ ALD 30 ☐ ALD hors liste
☐ ALD non exonérante

Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ?

Risque ou situation addictive : oui non

Si oui, préciser la(es)quelle(s) :

Situation socio-professionnelle

- ☐ En activité professionnelle
- ☐ Arrêt de travail (préciser la date) :
- ☐ Invalidité (avec date de début) : ☐ totale ☐ partielle
- ☐ Poste de travail aménagé
- ☐ RQTH (avec date de début) :
- ☐ Chômage (préciser la date de début) :
- ☐ Retraite (préciser la date de début) :
- ☐ Litige en cours
- ☐ Procédure d'expertise en cours

Situation socio-familiale (à préciser si possible) :