

Formulaire de demande

pour un avis ou une consultation en structure douleur chronique
d'un adulte présentant une douleur chronique

Date de remplissage :

Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

Médecin adresseur

Nom et prénom :

Spécialité :

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

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

Évaluation préalable réalisée en ambulatoire (documents à joindre) :

- Compte-rendu de l'évaluation médicale initiale réalisée avec l'aide de la grille d'évaluation médicale
- Auto-questionnaire d'un adulte présentant une douleur chronique
- Traitements en cours (copie de l'ordonnance)
- Autres documents ou questionnaires (à préciser) :

LES ATTENTES DU MÉDECIN ADRESSEUR

Modalités d'intervention de la structure douleur chronique (SDC) souhaitées

- Avis téléphonique
- Réunion de synthèse ou réunion de concertation sur dossier
- Téléexpertise (avec le médecin)
- Téléconsultation (avec le patient)
- Consultation du patient en présentiel en SDC
- Autre (à préciser) :

Types d'interventions de la SDC souhaitées (plusieurs choix possibles)

- Avis diagnostique
- Avis thérapeutique
- Évaluation et, au besoin, prise en charge spécialisée en SDC
- Accès à une technique spécifique (à préciser) :
- Aide à la coordination du parcours de santé
- Autre (à préciser) :

Commentaires éventuels

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

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA DOULEUR

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) :

Situation déjà évaluée par un (des) spécialiste(s) de la douleur ? oui non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

Douleur déjà évaluée par un service hospitalier de spécialité ? oui non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

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

Situation ou risque d'addiction oui non

Si oui, préciser la(es)quelle(s) :

INFORMATIONS SOCIALES, FAMILIALES ET PROFESSIONNELLES OU SCOLAIRES

(mise à jour des informations du compte-rendu de l'évaluation médicale initiale)

Situation professionnelle

- Arrêt de travail (préciser la date) :
- Invalidité (date de début) : totale partielle
- Poste de travail aménagé Temps de travail partiel (%) :
- RQTH* (date de début) :
- Chômage (date de début) :
- Retraite (date de début) :

Situation scolaire pour le jeune adulte (à préciser)

- Enseignement et classe :
- Retentissements sur la scolarisation :

Si oui, lesquels :

Situation socio-familiale (à préciser si possible) :

Quelles sont selon vous les attentes principales du patient vis-à-vis d'une consultation spécialisée en SDC ?

* RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RÉPONSE DU MÉDECIN DE LA SDC

Consultation en urgence (coupe-file)

oui non

Modalités d'intervention proposées

Avis téléphonique

Réunion de synthèse Réunion de concertation sur dossier

Téléconsultation (avec le patient et toujours en présence d'un soignant)

Téléexpertise (avec le médecin)

Consultation du patient en présentiel en SDC

Autre (à préciser) :

Rendez-vous (consultation en présentiel ou de téléconsultation) proposé au patient

Date et heure :

Modalités :

Contact en distanciel (hotline, téléexpertise) proposé au médecin demandeur

Date et heure :

Modalités :

Commentaires éventuels

.....

Les délais de prise en charge par la SDC

Date de réception de la demande du médecin adresseur :

Date de réponse du médecin de la SDC :

Délais d'attente pour une première évaluation de la situation en SDC (le cas échéant), quelle qu'en soit la modalité :

.....