

DEMANDE DE CONSULTATION DE DOULEUR CHRONIQUE

Fax : 05.45.69.66.48

email : cli.douleur@elsan.care

cachet ou identification du médecin

Demande effectuée le : _____

Par le Docteur : _____

Concerne : M./Mme _____

Né(e) le : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Motif du recours sollicité :

Ancienneté des douleurs :

Antécédents personnels et familiaux (y compris psychiatriques) :

Type de douleur :

- ☐ lombalgies/sciatalgies
- ☐ céphalées/migraines/douleurs orofaciales
- ☐ douleur neuropathique
- ☐ douleur cancéreuse
- ☐ autres : _____

- ☐ idiopathiques
- ☐ algodystrophie
- ☐ autres douleurs rhumatologiques
- ☐ douleurs viscérales abdomino-pelviennes
- ☐ douleurs périnéales

Descriptif :

Retentissement de la douleur sur la vie quotidienne, relationnelle, physique, sociale et professionnelle :

- ☐ arrêt maladie
- ☐ isolement social
- ☐ absence d'activité physique
- ☐ perte d'autonomie
- ☐ trouble de l'humeur
- ☐ anxiété
- ☐ retentissement financier
- ☐ conflits familiaux
- ☐ conflits administratifs
- ☐ abus médicamenteux
- ☐ addictions

Examens complémentaires déjà réalisées : (joindre impérativement une copie)

Examen

date

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Avis spécialisés déjà réalisés : (joindre impérativement les comptes rendus)

Nom du Docteur

Spécialité

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Traitements déjà prescrits et réponses de ces traitements

--

Traitements actuels en cours

Antalgiques

Autres

--	--