

DEMANDE DE CONSULTATION « DOULEUR CHRONIQUE »

adressée au Médecin

Nom du patient :

Nom du M.T. ou Cachet

Prénom :

Adresse :

Date de Naissance :

Adresse :

Tél. :

Fax :

E Mail :

Motif de la consultation :

Antécédents significatifs :

* Somatiques :

* Psychopathologiques :

Ancienneté de la douleur :

moins de 6 mois :

moins d'un an :

moins de 5 ans :

plus de 5 ans :

Caractère de la douleur :

douleur par excès de nociception

mécanique

inflammatoire

douleur neurogène (brûlure, fourmillements, paroxysmes, ...)

autres :

Examens complémentaires déjà pratiqués pour la douleur : (les joindre à la première consultation)

Radiographies :

Scanner :

IRM :

EMG :

Autres (préciser) : → → →

Hospitalisation(s) antérieure(s) pour ce symptôme :

Oui

préciser la date (*même approximativement*) et lieu :

Non

Pensez-vous qu'il existe chez votre patient un retentissement psychologique de la douleur chronique ?

Oui

Non

Y a-t-il eu une prise en charge psychologique ?

Oui

☞ Nom (psychiatre ou psychologue) :

Non

Type de traitements déjà entrepris, durée et effets secondaires éventuels :

Antalgiques périphériques

Opioïdes faibles

Opioïdes forts

Antidépresseurs (*préciser*) : - pour la douleur

- pour une dépression

Antiépileptiques

Neurostimulation transcutanée

Acupuncture

Relaxation

Autres (*préciser*) :

Commentaires :