



# Réseau Douleur - 44

## DEMANDE DE CONSULTATION « DOULEUR CHRONIQUE »

### adressée au Médecin

Nom du patient :

Nom du M.T. ou Cachet

Prénom :

Adresse :

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 neuropathique (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 :

Réseau Douleur 44

Site Hospitalier LAENNEC - Boulevard Jacques Monod

44805 ST HERBLAIN

☎ 02 40 16 57 07 📠 02 40 16 57 09

E-mail : [contact@reseau-douleur44.fr](mailto:contact@reseau-douleur44.fr)



# Réseau Douleur - 44

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
- Techniques physiques (Kinésithérapie, Balnéothérapie ...)
- Acupuncture
- Relaxation
- Autres (préciser) :

Commentaires :