



FORMULAIRE D'ADRESSAGE EN STRUCTURE DOULEUR

Date de rédaction de la demande

Patient

Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
N° Sécurité Sociale	<input type="text"/>

Médecin adresseur

Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Spécialité	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
MSSanté	<input type="text"/>

Médecin traitant

Nom	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Coordonnées

(si autre médecin adresseur)

Prénom	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
MSSanté	<input type="text"/>

Moyens de contact

Evaluation réalisée au préalable (documents à joindre à la demande)

- Formulaire d'adressage en structure douleur (document présent)
- Auto-questionnaire sur la douleur chronique (disponible sur le site internet du centre hospitalier)
- Traitements en cours (copie de l'(les) ordonnance(s) actuelle(s))
- Courrier(s) de médecin(s) spécialiste(s)

Autres documents (à préciser) :

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>



FORMULAIRE D'ADRESSAGE EN STRUCTURE DOULEUR

Modalité d'intervention souhaitée (choix unique)

- Avis téléphonique
 Consultation en présentiel
 Téléconsultation (avec le patient)
 Autre (à préciser) :
- Concertation sur dossier
 Consultation téléphonique
 Télé-expertise (avec le médecin)

Type(s) d'intervention(s) souhaitée(s) (plusieurs choix possibles)

- Avis diagnostique
 Coordination du parcours de santé
 Technique spécifique (à préciser) :
- Avis thérapeutique
 Evaluation et prise en charge spécialisée
 Autre (à préciser) :

Demande en urgence (somatique, sociale ou autre)

- Oui Non

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

Quelles sont selon vous les attentes principales du patient vis-à-vis d'une consultation spécialisée de la douleur chronique ?

Commentaires éventuels



FORMULAIRE D'ADRESSAGE EN STRUCTURE DOULEUR

Date d'apparition initiale de la douleur motivant la demande

Diagnostic étiologique de la douleur motivant la demande

Connu (à préciser) :

Inconnu (hypothèse) :

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

Oui (copie du (des) courrier(s))

Non

Douleur déjà évaluée par un service hospitalier de spécialité

Oui (copie du (des) compte-rendu(s))

Non

Aggravation récente du syndrome douloureux (selon le médecin demandeur)

Oui (date à préciser) :

Non

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

Risque de situation addictive

Oui (préciser la(es)quelle(s)) :

Non