



FORMULAIRE D'ADRESSAGE EN STRUCTURE DOULEUR

Date de rédaction de la demande

Patient

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Téléphone	
N° Sécurité Sociale	

Médecin adresseur

Nom	
Prénom	
Spécialité	
Adresse	
Téléphone	
MSSanté	

Médecin traitant

Nom	
Adresse	

Coordonnées

(si autre médecin adresseur)

Prénom	
Téléphone	
MSSanté	

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) :



FORMULAIRE D'ADRESSAGE EN STRUCTURE DOULEUR

Modalité d'intervention souhaitée (choix unique)

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

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

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