

Formulaire d'adressage à une structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur chronique par les soins primaires

Formulaire de demande de consultation en *structure douleur chronique* (SDC)

Date de rédaction
de la demande :

Date de réception de l'auto-
questionnaire du patient :

Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Médecin adresseur

Nom et prénom :

Spécialité :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Médecin traitant (coordonnées, si différentes de l'adreur) :

Évaluation préalable réalisée en ambulatoire (documents à joindre) :

- Grille d'évaluation d'une douleur chronique en soins primaires, HAS
- Auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires, HAS
- Traitements en cours (copie de l'ordonnance)
- Autres documents (à préciser) :

LES ATTENTES DU MÉDECIN ADRESSEUR

Modalités d'intervention de la SDC souhaitées

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

LES ATTENTES DU MÉDECIN ADRESSEUR

Types d'interventions de la SDC souhaitées (plusieurs choix possibles)

- Avis diagnostique
- Avis thérapeutique
- Évaluation et, au besoin, prise en charge spécialisée en SDC
- Accès à une technique spécifique (à préciser) :
- Aide à la coordination du parcours de santé
- Autre (à préciser) :

Commentaires éventuels

Demande en urgence (somatique, sociale ou autre) oui non

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA DEMANDE

Aggravation récente du syndrome douloureux (selon le médecin adresseur) : oui non

Date d'apparition initiale de la douleur motivant la demande :

Diagnostic étiologique de la douleur

- Connu** (à préciser) :
- Inconnu** (le cas échéant, hypothèse du médecin adresseur) :

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

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

Douleur déjà évaluée par un service hospitalier de spécialité ? oui non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

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

Risque ou situation addictive : oui non

Si oui, préciser la(es)quelle(s) :

Situation socio-professionnelle

- Arrêt de travail (préciser la date) :
- Invalidité (avec date de début) : totale partielle
- Poste de travail aménagé
- RQTH (avec date de début) :
- Chômage (préciser la date de début) :
- Retraite (préciser la date de début) :

Situation socio-familiale (à préciser si possible) :

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

RÉPONSE DU MÉDECIN DE LA SDC

Consultation en urgence (coupe-file) : oui non

Modalités d'intervention proposées

- Avis téléphonique
- Réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) sur dossier
- Téléconsultation (avec le patient)
- Télé-expertise (avec le médecin)
- Consultation du patient en présentiel en SDC
- Autre (à préciser) :

Rendez-vous (consultation en présentiel ou de téléconsultation) proposé au patient (le cas échéant)

Date et heure :

Modalités :

Contact en distanciel (hotline, télé-expertise) proposé au médecin demandeur (le cas échéant)

Date et heure :

Modalités :

Commentaires éventuels

.....

Les délais de prise en charge par la SDC

Date de réception de la demande du médecin adresseur :

Date de réponse du médecin de la SDC :

Délais d'attente pour une première évaluation de la situation en SDC (le cas échéant) quelle qu'en soit la modalité :

.....