

## DEMANDE DE CONSULTATION

### Cellule de coordination

**Dr J. GAILLARD**

Médecin coordonnateur

**Dr N.DEROUET**

Médecin coordonnateur adjoint

**Mme AM. TACHEAU**

Assistante Coordinatrice

### Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur Le Mans

#### ◆ Centre Hospitalier

Dr N.DEROUET

Dr C.GOUAULT

Dr T.NGUYEN

#### ◆ Centre Médico-Chirurgical

Dr A.GAHAGNON

Dr J.GAILLARD

Dr T.MONSEGU

### Consultations douleur Le Mans

#### ◆ Cabinet Médical Pédiatrique

Dr C.MAWAS

#### ◆ Centre Jean Bernard

Dr M.ZINGER

#### ◆ Clinique du Pré

Dr J.L.BETTON

Dr J.J.RAILLARD

### Consultations douleur Sarthe

#### ◆ C.H La Ferté Bernard

Dr P.LUCAS

#### ◆ C.H PSSL – Le Bailleul

Dr T.DENIEZ

Dr F. DUC

Dr P.Y LE DENMAT

Dr H.SCHMETS

#### ◆ Centre Médical G.Coulon

Le Grand Lucé

Dr A.KHOURY

#### ◆ Centre Médical F.Gallouedec

Parigné L'Évêque

Dr P.LUCAS

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Date de réception: \_\_\_\_\_

Structure souhaitée :

- CMCM       C.H.M       Clinique du Pré       Centre Jean Bernard  
 C.H Ferté Bernard       C.H Bailleul       C.M Parigné       C.M Grand Lucé       Cabinet pédiatrique

Origine de la demande :  Patient       Médecin traitant       Médecin spécialiste  
 Une autre structure douleur

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Nom du médecin

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

/ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

/ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

E Mail : \_\_\_\_\_

**Motif de la consultation :**

**Antécédents significatifs :**

**Profession :** \_\_\_\_\_

Le patient est-il en arrêt de travail ?  non       oui depuis quand ? \_\_\_\_\_

**Ancienneté de la douleur :**

- de 6 mois       - d'un an       - de 5 ans       + de 5 ans

**Caractère de la douleur :**

- douleur nociceptive (mécanique, inflammatoire...)  
 douleur neuropathique (brûlures, fourmillements, paroxysmes, ...)

**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  Non

préciser la date et lieu : .....

**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  Non

Nom du psychiatre ou psychologue : \_\_\_\_\_

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

- Antalgiques périphériques
- Opioïdes faibles
- Opioïdes forts
- Antidépresseurs (*préciser*) : pour la douleur  pour une dépression
- Anti-épileptiques
- Neurostimulation transcutanée
- Relaxation
- Acupuncture
- Autres (*préciser*) :

**Commentaires :**

---

---

---

**Orientation du patient en consultation douleur chronique pour :**

- Avis diagnostique  Avis thérapeutique  Prise en charge

<b>Avis du médecin coordonnateur :</b>	Le _____
<input type="checkbox"/> Dr N.DEROUET <input type="checkbox"/> Dr J.GAILLARD	
Lieu de consultation proposé :	<input type="checkbox"/> CMCM <input type="checkbox"/> C.H.M <input type="checkbox"/> Clinique du Pré <input type="checkbox"/> Centre Jean Bernard <input type="checkbox"/> C.H Ferté Bernard <input type="checkbox"/> C.H Bailleul <input type="checkbox"/> C.M Parigné <input type="checkbox"/> C.M Grand Lucé <input type="checkbox"/> Cabinet pédiatrique
Délai de consultation préconisé : _____	Date du RDV : _____