



Réseau Douleur 44

Envoyée le :

Reçue le :

Demande de consultation « Douleur Chronique » - P1/2

Adressée au médecin

Nom du patient :

Nom du MT ou cachet :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

Fax :

Email :

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) :

Merci d'adresser ce questionnaire par **messagerie électronique Planet Santé** au nom du Dr COLOMB Caroline ou à l'adresse suivante : Réseau Douleur 44 - Site hospitalier Laënnec - Boulevard Jacques Monod 44805 Saint-Herblain (02 40 16 57 07)



Demande de consultation « Douleur Chronique » - P 2/2

Hospitalisation(s) antérieure(s) pour ce symptôme :

- Oui Non

Si oui, préciser la date (même approximativement) et le 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

Si oui, préciser le nom du psychiatre ou du 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 :
- Antiépileptiques
- Neurostimulation transcutanée
- Techniques physiques (kinésithérapie, Balnéothérapie...)
- Acupuncture
- Relaxation
- Autres (préciser) :

Commentaires :