



DT9258

## DEMANDE DE CONSULTATION – GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Pour :

Informations sur l'utilisateur				
Prénom et nom (à la naissance)				
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie		N° de dossier (usage interne)		
Adresse (n°, rue)				
Ville			Code postal	
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (autre)	
Nom d'une personne de l'entourage		Ind. rég.	Téléphone	

Médecin référent (ou apposez votre étampe)				Médecin traitant <input type="checkbox"/> Même que référent			
Prénom et nom		N° de permis		Prénom et nom		N° de permis	
Précisez <input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> Autre				Précisez <input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> Autre			
Ind. rég.	Téléphone	Ind. rég.	Télécopieur	Ind. rég.	Téléphone	Ind. rég.	Télécopieur

Motif de la demande					
Date	Année	Mois	Jour	<input type="checkbox"/> Nouvel usager	<input type="checkbox"/> Réévaluation
<b>Référence en clinique de la douleur</b>			<b>Référence en services spécialisés de réadaptation</b>		
<input type="checkbox"/> Opinion médicale <input type="checkbox"/> Intervention/technique ciblée <input type="checkbox"/> Médication/ajustement <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____			<input type="checkbox"/> Adaptation à la douleur chronique <input type="checkbox"/> Retour/maintien au travail <input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles permanentes? précisez : _____ <input type="checkbox"/> Contre-indications à l'activité physique? précisez : _____		

Histoire de la condition douloureuse					
<input type="checkbox"/> Arrêt de travail	Date d'arrêt	Année	Mois	Jour	Type de travail
Partenaire :	<input type="checkbox"/> SAAQ	<input type="checkbox"/> CSST	<input type="checkbox"/> Assurances	Date de début	Année Mois Jour
<b>Circonstance d'apparition de la douleur</b>					
<input type="checkbox"/> Accident, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Chirurgie, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Maladie, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____					
<b>Localisation et qualité de la douleur (noircir la région)</b>					
<input type="checkbox"/> Neuropathique <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Nociceptive <input type="checkbox"/> Douleur généralisée					
Intensité moyenne au cours des 7 derniers jours :					
	1	2	3	4	5 6 7 8 9 10

Raison de consultation et impression(s) diagnostique(s)

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

Santé globale physique	Santé globale psychologique
<input type="checkbox"/> Cancer : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique (clairance créatine) ml/min    Date : _____ <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Abus et/ou consommation de substances, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Stress post-traumatique, précisez _____ <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Troubles anxieux <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

Interventions et investigations antérieures							
(Joindre le rapport. Si non disponible, indiquez la date si dans les 12 derniers mois (année, mois))							
Investigations médicales	Rapport joint	À venir	Date	Consultations spécialisées	Rapport joint	À venir	Date
Rayon-X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Clinique de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Précisez :			
TDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scintigraphie osseuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Approches thérapeutiques			
Interventions médicales				Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Programme d'exercices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bloc :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Réadaptation interdisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infiltration :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Traitement psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Médication (Joindre la liste actuelle)				
Médication essayée	En cours	Arrêté	Noms et posologies des Rx tentés (svp indiquez le maximum toléré)	Raison de l'arrêt
<input type="checkbox"/> AINS/Acétaminophène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Antidépresseurs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivants :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Narcotiques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Autre 1 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Autre 2 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ANTICOAGULANTS :			ANTIPLAQUETTAIRES (sauf AAS) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pharmacie de l'utilisateur (et coordonnées si disponibles) :				
<input type="checkbox"/> Tout rapport pertinent est joint à cette demande. Je comprends que toute demande incomplète sera retournée. En référant l'utilisateur, je m'engage à assurer un suivi de sa condition de douleur chronique pendant le traitement et à la suite de son congé du CEGDC. Si je suis un médecin consultant spécialiste, je m'engage à informer le médecin traitant/de famille de cette demande de référence, et ce afin que le médecin traitant/de famille assure le suivi auprès de l'utilisateur.				
Réfèrent		Signature du médecin		Date
(Ligne privilégiée pour appel médecin à médecin)				Année    Mois    Jour