



166 Rue des Maillets 72000 – LE MANS
☎ 02 43 82 38 86 – Fax : 02 43 89 18 62 –
E mail : resodouleursarthe@wanadoo.fr

CHM

^ Dr DUCLOS
^ Dr HUBERT
^ Dr THOMAS

Centre de l'Arche

^ Dr DUCLOS
^ Dr MAWAS

Château du Loir

^ Dr BOINET

Le Grand Lucé

^ Dr DUCLOS

Parigné L'Evêque

^ Dr LUCAS

CMCM

^ Dr DENIEZ
^ Dr KHOURY.

DEMANDE DE CONSULTATION « DOULEUR CHRONIQUE »

Nom du patient :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Tel :

RDV le

Nom du M.T ou Cachet : Dr

Adresse :

Tel. : 02 43

Fax : 02 43

E Mail :

Date de la demande :

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 :

Circonstances initiales :

Caractère de la douleur :

douleur par excès de nociception

mécanique

inflammatoire

douleur neurogène (brûlures, fourmillements, paroxysmes, ...)

autres :

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

préciser la date (même approximativement) et lieu :

Non

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

☞ Nom (psychiatre ou psychologue) :

.....

Non

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
 Acupuncture Relaxation
 Autres (préciser) :

Commentaires :