

Service d'Algologie

Site Sainte-Elisabeth

Madame,
Mademoiselle,
Monsieur,

Concerne : sollicitation d'une consultation au sein du Service de douleur chronique (Algologie)

Vous avez sollicité un rendez-vous pour une consultation dans notre service de douleur chronique (Algologie).

Nous souhaitons que votre démarche se fasse en concertation avec votre médecin traitant ou le médecin spécialiste qui vous envoie.

C'est pourquoi nous vous demandons de le contacter afin de compléter le formulaire en annexe.

Vous recevrez par ce même courrier :

- Une lettre d'information pour le médecin référent (p. 3)
- Un formulaire à remplir par le médecin référent (pp 5-6)
- Un formulaire à remplir par vous-même (pp 7-12)

Les deux formulaires complétés doivent absolument être retournés au Secrétariat d'Algologie (Niveau 1 – Route 46) : CHU UCL Namur – site Sainte-Elisabeth, Place Louise Godin, 15 – 5000 NAMUR.

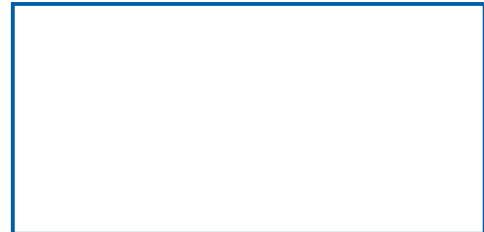
Dès réception de ce dossier complété, la secrétaire vous contactera pour fixer un rendez-vous.

Veillez recevoir, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sentiments les plus cordiaux.

Dr Géraldine Delnooz
Dr Arnaud Etienne
Dr Vanessa Gilliard
Dr Elisabeth Hardy
Dr Michael Ragé

Service d'Algologie

Site Sainte-Elisabeth



Cher confrère,

Concerne : consultation de votre patient dans le Service de douleur chronique

Nous vous remercions de nous confier votre patient pour une évaluation au Centre de la Douleur.

Le formulaire ci-joint nous permettra d'avoir un maximum d'informations sur l'histoire médicale de votre patient et de gérer au mieux notre délai de consultation.

Pouvez-vous :

- y adresser vos coordonnées pour le suivi du courrier ou pour une question éventuelle?
- rappeler à votre patient de se munir de son dossier complet (protocoles d'imagerie, liste des médicaments, rapports extérieurs)?

Nous vous prions d'agréer, cher confrère, nos salutations les meilleures.

Dr Géraldine Delnooz
Dr Arnaud Etienne
Dr Vanessa Gilliard
Dr Elisabeth Hardy
Dr Michael Ragé

Formulaire adressé au médecin référent

Site Sainte-Elisabeth – Service d’Algologie

Coordonnées du patient :

Nom :
Prénom :
Date de Naissance :

Demande du médecin référent :

Motif de votre demande (à cocher):

- Demande de rendez-vous en consultation douleur
- Demande d’acte technique :
- Demande d’intégration dans le Centre Multidisciplinaire De la Douleur Chronique (psychologue, kinésithérapeute, infirmière, ergothérapeute, assistante sociale)

Plainte principale du patient :

.....
.....

Antécédents médicaux :

- HTA
- Cardiomyopathie ischémique
- Tabac-Alcool
- Allergie
- UGD
- Asthme/BPCO
- IR/IHép
- Diab ID/NID

Antécédents chirurgicaux (dates):

-
-
-
-

Examens déjà réalisés et résultats (dates) :

-
-
-
-

Traitement habituel complet :

Nom	Dosage	Posologie (matin – midi – soir)

Traitement(s) déjà testé(s) :

Nom	Dose max atteinte	Durée	Effets Secondaires	Raison de l'arrêt

Autres : kiné-ostéopathie-infiltrations- acupuncture

Date et signature

Cachet

Formulaire adressé au patient

Site Sainte-Elisabeth – Service d’Algologie

Nous vous remercions de répondre au mieux aux questions suivantes.
Les réponses sont importantes pour améliorer votre prise en charge lors de la consultation.

1. Coordonnées :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Poids :
Taille :
Téléphone – GSM :

Etiquette

2. Précisez la nature du rendez-vous souhaité:

- Une consultation pour mise au point des douleurs ?
- Un acte technique prescrit par un médecin?
- Intégrer la prise en charge multidisciplinaire dans le Centre de la Douleur Chronique ?
Si oui, quelle est la date de la réunion d’information à laquelle vous avez participé ? *
.....//.....

* La réunion d’information est obligatoire avant d’intégrer le Centre de Douleur Chronique. Si vous souhaitez vous inscrire pour l’une de ces réunions, merci de contacter notre secrétariat au 081/720581.

3. Médicaments – Traitement habituel :

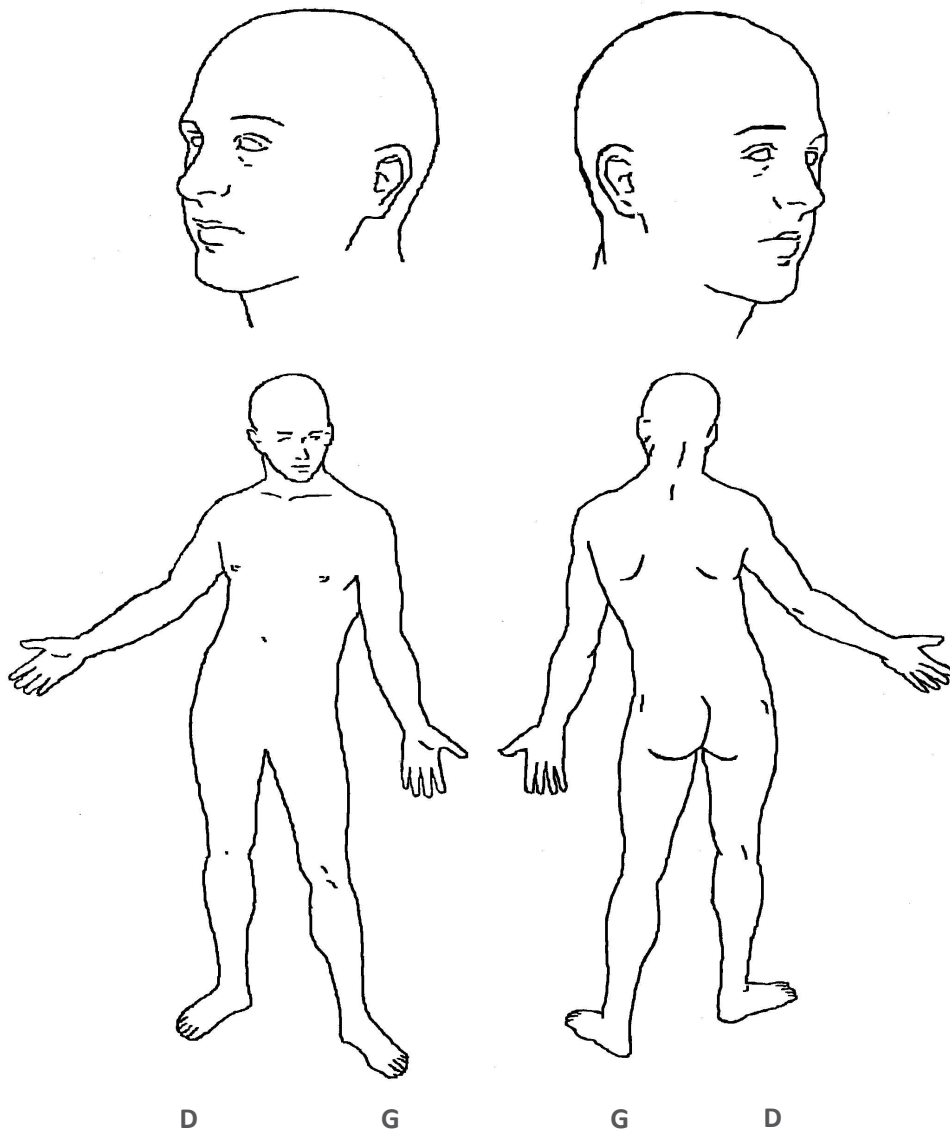
Nom	Dosage	Posologie (matin – midi – soir)

Localisation de votre douleur

Merci de colorier les zones douloureuses sur le mannequin ci-dessous.

Gauche

Droite



5. Description de votre douleur :

a) Comment décrivez-vous votre douleur ? Entourez.



b) A combien l'estimez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?

(Pas de douleur) 0 -----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 (Douleur maximale)

c) Modification de la douleur :

Position	Augmentation de la douleur	Diminution de la douleur
Station debout prolongée		
Station couchée		
Monter les escaliers		
Eternuer/tousser		
Redressement du tronc		
Lever		
Chaleur		

d) Le stress, la fatigue... sont-ils des facteurs qui accentuent votre douleur ? Oui – Non

e) Qualité de votre sommeil :

0 très mauvais -----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 très bon

f) Votre douleur vous réveille-t-elle la nuit ? Oui - Non

6. Habitudes :

Activités sportives :

- Vélo
- Marche
- Natation
- Autre :

..... heures par semaine

Consommation d'alcool :/j

Tabac :cig /j Cannabis/j

7. Situation :

Profession :

Si en interruption, date de l'arrêt de travail :

Revenus de remplacement :

- Mutuelle
- Incapacité de travail
- Invalidité
- Chômage
- CPAS
- Pension ou prépension

Situation familiale :

- Marié(e)
- En couple
- Séparé(e) - Divorcé
- Veuf(ve)

Enfant(s) : Âge(s) :

Petit(s)-enfant(s) : Âge(s) :