

POLE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
MND0
CHEF DE POLE : PR DURIF

**STRUCTURE DOULEUR
CHRONIQUE
Bâtiment 3C**

HOPITAL GABRIEL MONTPIED
BATIMENT 3C - B.P. 69
58, rue Montalembert
63003 CLERMONT-Fd CEDEX 1

Docteur P. PICARD
Médecin responsable

Docteur F. MARCAILLOU
Rhumatologue

Dr N. DELAGE
Anesthésiste

Dr L.VACHON

ATTACHES

Docteur C. BERTIN
Psychiatre

PARA-MEDICAUX

Mme A. BIDAR BEAUVALLOT

Mme E. CHANDEZE
Infirmière
04 73 17 84 32

Mme S. CHAIB
Psychologue

M.L. JAVERLIAT
Kinésithérapeute

Mme S. POULET GARCIA
Assistante Sociale

RENDEZ-VOUS

☎ 04 73 17 84 31
☎ 04 73 17 84 30
📠 04 73 17 84 39

M

Clermont-Ferrand, le

Madame, Monsieur,

Vous ou votre médecin avez sollicité un rendez-vous pour un avis d'expert concernant l'évaluation de la douleur chronique dont vous souffrez.

Nous sommes actuellement confrontés à une augmentation importante du nombre de demandes de rendez-vous dans notre centre et cela nous contraint à arbitrer les demandes.
Certaines des demandes qui nous parviennent ne pourront donc pas être satisfaites.

Vous devez remplir les parties A et B ci-jointes.

La partie A est à renseigner par vos propres soins, la partie B du dossier est à remplir par votre médecin traitant.

Votre dossier (partie A et B) sera attentivement examiné par l'équipe médicale et s'il n'est pas retenu, un courrier explicatif sera adressé à votre médecin traitant et à vous-même.

Si votre dossier est retenu, vous recevrez une convocation par courrier et vous serez accueilli une première fois pour un avis d'expert n'engageant pas de façon systématique un suivi dans notre centre.

Aucune demande ne sera traitée sans réception des informations demandées dans les parties A et B.

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

L'Equipe Médicale du CETD

POLE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
MND0
CHEF DE POLE : PR DURIF

**STRUCTURE DOULEUR
CHRONIQUE
Bâtiment 3C**

HOPITAL GABRIEL MONTPIED
BATIMENT 3C - B.P. 69
58, rue Montalembert
63003 CLERMONT-Fd CEDEX 1

Docteur P. PICARD
Médecin responsable

Docteur F. MARCAILLOU
Rhumatologue

Dr N. DELAGE
Anesthésiste

Dr L.VACHON

ATTACHES

Docteur C. BERTIN
Psychiatre

PARA-MEDICAUX

Mme A. BIDAR BEAUVALLOT
Mme E. CHANDEZE
Infirmière
04 73 17 84 32

Mme S. CHAIB
Psychologue

M.L. JAVERLIAT
Kinésithérapeute

Mme S. POULET GARCIA
Assistante Sociale

RENDEZ-VOUS

☎ 04 73 17 84 31
☎ 04 73 17 84 30
📠 04 73 17 84 39

Partie A

A retourner avec la partie B à :

**CETD Hôpital Gabriel Montpied
Bâtiment 3C - B.P. 69
63003 Clermont-Ferrand cedex 1**

Vos coordonnées :

Madame

Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone : **Mail :**

Merci de cocher la ou les réponses à ces deux questions :

I. Par qui a été envisagée cette consultation d'évaluation et de traitement de la douleur ?

- vous
- votre médecin traitant
- vous et votre médecin traitant
- un médecin autre que votre médecin traitant
- une autre personne

II. Qu'attendez-vous de cette consultation ?

- Une prescription de médicament
- Un éclairage sur votre diagnostic
- Une aide pour mieux gérer cette douleur chronique
- Autres : précisez :

.....
.....
.....

III. Avez-vous déjà consulté au centre de la douleur de Clermont-Ferrand si oui en quelle année ? Avec quel médecin ?.....

IV. Avez-vous déjà consulté dans un autre centre de la douleur, si oui lequel ?.....

Merci de nous indiquer tous les traitements pour la douleur et autres maladies que vous prenez-actuellement :

.....
.....
.....



**POLE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
MND0
CHEF DE POLE : PR DURIF**

Partie B

**STRUCTURE DOULEUR
CHRONIQUE
Bâtiment 3C**

Document à remplir par le médecin référent traitant à qui le compte rendu de consultation d'évaluation de la douleur sera adressé.

HOPITAL GABRIEL MONTPIED
BATIMENT 3C - B.P. 69
58, rue Montalembert
63003 CLERMONT-Fd CEDEX 1

Docteur P. PICARD
Médecin responsable

1. Pour quel type de douleur chronique adressez-vous votre patient au CETD ?

.....

2. Selon vous, l'étiologie de la douleur chronique de votre patient est-elle identifiée ?

Non Oui **Si oui précisez :**

.....

.....

3. Motif de la consultation

- Avis diagnostic
- Avis thérapeutique
- Evaluation psychologique
- Evaluation sociale

4. Examens complémentaires réalisés pour l'exploration de cette douleur (ou double des comptes rendus)

Nature	Date	Résultats

ATTACHES

Docteur C. BERTIN
Psychiatre

PARA-MEDICAUX

Mme A. BIDAR BEAUVALLOT
Mme E. CHANDEZE
Infirmière
04 73 17 84 32

Mme S. CHAIB
Psychologue

M.L. JAVERLIAT
Kinésithérapeute

5. Spécialistes consultés pour cette douleur :

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurologue | <input type="checkbox"/> Rhumatologue | <input type="checkbox"/> Interniste |
| <input type="checkbox"/> Rééducateur | <input type="checkbox"/> Gastroentérologue | <input type="checkbox"/> Gynécologue |
| <input type="checkbox"/> Urologue | <input type="checkbox"/> Orthopédiste | <input type="checkbox"/> Neurochirurgien |
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Autre Précisez : | |

**6. En tant que médecin traitant référent avez-vous une demande spécifique ?
Avez-vous un éclairage contextuel, motivationnel ou autre à apporter ?**

.....

.....

Avez-vous une demande spécifique à formuler pour ce patient ?

.....

.....

RENDEZ-VOUS

☎ 04 73 17 84 31
☎ 04 73 17 84 30
📠 04 73 17 84 39