

POLE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
MNDO

STRUCTURE DOULEUR
CHRONIQUE
Bâtiment 3C

CHU GABRIEL MONTPIED

Rue Montalembert - BP 69
63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

POLE MNDO

Pr F. CHIAMBARETTA
Responsable de Pôle

Pr N. AUTHIER
Chef de service
Psychiatre, pharmacologue,
addictologue

Dr P. PICARD
Médecin responsable
Anesthésiste, algologue

Pr N. DELAGE
Anesthésiste, algologue

Dr C. BERTIN
Psychiatre, pharmacologue,
addictologue

Dr L. VACHON
Médecin généraliste, algologue

Dr C. FRENAY
Médecin rééducateur, algologue

Dr S. CONDE
Neurologue

PARA MEDICAUX

Mme A. BIDAR BEAUVALLOT
Mme E. CHANDEZE
Infirmières

Mme S. SENTENAC CHAÏB
Psychologue Clinicienne

Mme M.L. JAVERLIAT
Kinésithérapeute

Mme S. POULET GARCIA
Assistante Sociale

RENDEZ-VOUS

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 et nous les renvoyer soit :

*par mail : cetdsecretariat@chu-clermontferrand.fr

*par courrier :
CETD
Hôpital Gabriel Montpied
Bâtiment 3C
63003 Clermont-Ferrand cedex 1

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

Secrétariat : 04-73-17-84-30 ou 04 73 17 84 31

Fax : 04 73 17 84 39

Mail : cetdsecretariat@chu-clermontferrand.fr
septembre 23

Partie A

POLE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
MND0

**STRUCTURE DOULEUR
CHRONIQUE
Bâtiment 3C**

CHU GABRIEL MONTPIED
Rue Montalembert - BP 69
63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

POLE MND0

Pr F. CHIAMBARETTA
Responsable de Pôle

Pr N. AUTHIER
Chef de service
Psychiatre, pharmacologue,
addictologue

Dr P. PICARD
Médecin responsable
Anesthésiste, algologue

Pr N. DELAGE
Anesthésiste, algologue

Dr C. BERTIN
Psychiatre, pharmacologue,
addictologue

Dr L. VACHON
Médecin généraliste, algologue

Dr C. FRENAY
Médecin rééducateur, algologue

Dr S. CONDE
Neurologue

PARA MEDICAUX

Mme A. BIDAR BEAUVALLOT
Mme E. CHANDEZE
Infirmières

Mme S. SENTENAC CHAÏB
Psychologue Clinicienne

Mme M.L. JAVERLIAT
Kinésithérapeute

Mme S. POULET GARCIA
Assistante Sociale

RENDEZ-VOUS

Merci d'écrire lisiblement ce questionnaire

Madame **Monsieur**

Nom usuel : **Nom de Naissance** :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : **Ville** :

Téléphone portable : .../.../.../.../....

Téléphone fixe : .../.../.../.../....

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 :

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

Secrétariat : 04-73-17-84-30 ou 04 73 17 84 31

Fax : 04 73 17 84 39

Mail : cctdsecretariat@chu-clermontferrand.fr
septembre 23

« Cachet médecin »

POLE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
MND0

**STRUCTURE DOULEUR
CHRONIQUE
Bâtiment 3C**

CHU GABRIEL MONTPIED

Rue Montalembert - BP 69
63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

POLE MND0

Pr F. CHIAMBARETTA

Responsable de Pôle

Pr N. AUTHIER

Chef de service

Psychiatre, pharmacologue,
addictologue

Dr P. PICARD

Médecin responsable

Anesthésiste, algologue

Pr N. DELAGE

Anesthésiste, algologue

Dr C. BERTIN

Psychiatre, pharmacologue,
addictologue

Dr L. VACHON

Médecin généraliste, algologue

Dr C. FRENAY

Médecin rééducateur, algologue

Dr S. CONDE

Neurologue

PARA MEDICAUX

Mme A. BIDAR BEAUVALLOT

Mme E. CHANDEZE

Infirmières

Mme S. SENTENAC CHAÏB

Psychologue Clinicienne

Mme M.L. JAVERLIAT

Kinésithérapeute

Mme S. POULET GARCIA

Assistante Sociale

Partie B

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

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

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 ?

.....

.....

.....

RENDEZ-VOUS

Secrétariat : 04-73-17-84-30 ou 04 73 17 84 31

Fax : 04 73 17 84 39

Mail : cctdsecretariat@chu-clermontferrand.fr

septembre 23