

CLINIQUE DE LA DOULEUR**CONSULTATIONS**

Site Horta
Tél : 02/ 477.30.35

Equipe médicale

Coordination : Dr N. Mathieu

Anesthésiologie:
Dr N. Mathieu
Dr E. Mariaule
Dr N. Vervloesem
Tél: 02/ 477.30.35

Médecine Physique et
Réadaptation
Dr A. Gierasimowicz-Fontana
Dr S. Hatem
Tél : 02/477.24.49

Equipe paramédicale

Assistant social :
Mr L. Denotte

Infirmières
Mr R. Limonier
Mme D. Dumont
Mme I. Fernandez De Houwer

Kinésithérapie
Mme M-H. Charon
Mme F. Drouet
Mme M. Tazeroualti
Mme J. Van der Scheer
Tél : 02/477.23.89

Psychologie
Melle C. Henne
Tél : 02/477.21.41

Pharmacien hospitalier
Mr F. Nicolas

ACTES TECHNIQUES

Site Horta: 02/ 477.33.00
02/ 477.33.00

Dr E. Mariaule
Dr N. Mathieu
Dr Ch. Plasman
Dr N. Vervoessem

Site Paul Brien:
02/477.94.36

Dr M.C. Debroux

Lettre adressée au médecin traitant

Cher confrère,

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 préparer au mieux notre consultation.

Nous insistons également sur l'importance d'y indiquer votre adresse pour le suivi du courrier et nos contacts ultérieurs.

Pouvez-vous rappeler à votre patient de se munir de son dossier complet comprenant les clichés radiographiques et les protocoles, la liste des médicaments actuels et ceux déjà essayés auparavant et la carte SIS ?

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, cher Confrère, nos salutations les meilleurs.

L'équipe médicale



CLINIQUE DE LA DOULEUR

Coordonnées du Patient

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Demande du Médecin Référent

Motif de consultation

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

Examens réalisés dans le cadre de la mise au point

(Joindre protocole des examens réalisés)

Examen	Date	Conclusion

Antécédents

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



CLINIQUE DE LA DOULEUR

Traitement habituel

Nom	Dose	Durée du traitement

Traitement(s) antalgique(s) essayé(s)

Nom	Dose	Durée du traitement

Date et signature

Cachet du Médecin Référent

Coordonnées du Médecin Référent

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

