 C H U U V C B R U G M A N N CHU Brugmann \ Pain Clinic	FORMULAIRE
	Documents à envoyer pour premier RDV Pain Clinic
Version : 002	Date mise en application : 16/10/2017

Formulaire à remplir par le patient **et à apporter lors de la première consultation**

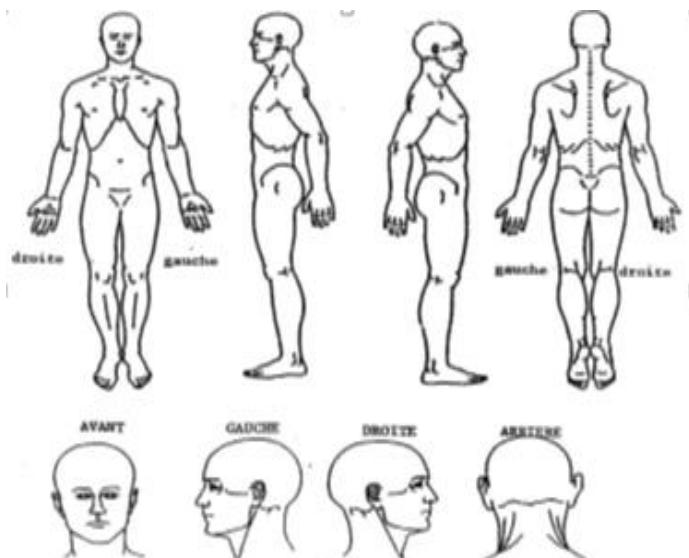
Données administratives:

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Téléphone fixe :
 GSM :
 Nom et adresse de votre médecin traitant :

Depuis quand avez-vous des douleurs ?

Pouvez-vous nous décrire votre douleur actuelle :

- Localisation :



- Intensité :
- Description des sensations :

.....

.....

.....

Quel est le diagnostic ? :

Avez-vous déjà entrepris des démarches pour gérer cette douleur ?

Si oui lesquelles ?

- Kinésithérapie
- visite dans un autre hôpital
- relaxation
-
-
- Consultation dans un autre centre de la Douleur

Quelles sont vos attentes envers le centre de la Douleur? :

Quels sont vos médicaments actuellement? :

N'oubliez pas d'apporter les documents de votre médecin traitant et/ou du médecin spécialiste qui vous adresse au centre.

N'oubliez pas les protocoles des examens réalisés.

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

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

.....

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 :