

DEMANDE DE CONSULTATION AU CENTRE DE LA MIGRAINE ET DE LA DOULEUR DE L'ENFANT

À remplir par le médecin traitant/référent et remettre à la famille

Nous faisons face à une recrudescence de demandes de consultation ce qui allonge considérablement nos délais. Afin de diminuer ces délais, un parcours de soin pour les enfants douloureux chroniques se met en place. Dans ce cadre, nous travaillons en réseau avec les médecins traitants, libéraux et les structures de soins.

En fonction de la situation de votre patient, la solution la plus appropriée vous sera proposée.

Connaissez-vous le **réseau LCD** (Lutter Contre la Douleur) ? OUI NON

Connaissez-vous le site **dolomio.org** ? OUI NON

Vous y trouverez des données sur les douleurs chroniques pour les professionnels et pour les patients.

Patient : M F

Nom et Prénom :

Date de naissance et âge :

Médecin traitant/référent :

Nom et Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Adresse postale :

Motif(s) de la consultation	<input type="radio"/> Céphalées <input type="radio"/> douleurs abdominales récurrentes <input type="radio"/> douleurs pelviennes <input type="radio"/> douleurs musculosquelettiques <input type="radio"/> douleurs multifocales <input type="radio"/> autre (s) :
Durée d'évolution	<input type="radio"/> <3 mois <input type="radio"/> 3-6 mois <input type="radio"/> 6 mois – 1 an <input type="radio"/> >1 an
Pensez-vous à un diagnostic ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, Lequel :

Des traitements ont-ils été essayés?	<input type="radio"/> médicamenteux : <input type="radio"/> non médicamenteux :
Sont-ils efficaces ?	<input type="radio"/> Oui : le(s)quel(s) <input type="radio"/> Non
La douleur entraîne-t-elle un retentissement fonctionnel ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser :
La douleur a-t-elle entraîné un retentissement sur la scolarité du patient ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui [entourer la ou les réponse(s)] : <ul style="list-style-type: none"> - Absentéisme <5jours sur les 3 derniers mois - Absentéisme >5 jours sur les 3 derniers mois - Absentéisme scolaire majeur - Déscolarisation complète - Mise en place d'aménagements du temps scolaire
Eléments psychosociaux individuels ou familiaux à nous communiquer :	
La douleur entraîne-t-elle un retentissement sur la vie sociale du patient (ex : peu d'interactions sociales, arrêt des activités extrascolaires...) ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser :
Le patient vous paraît-il en souffrance psychique ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser :
De quelle prise en charge pensez-vous qu'il relève ?	<input type="radio"/> téléexpertise ou avis téléphonique <input type="radio"/> consultation douleur spécialisée (médecin formé à la douleur de l'enfant) <input type="radio"/> prise en charge pluriprofessionnelle (structure douleur chronique)