

Hôpital Bicêtre

78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE
Téléphone : 01 45 21 21 21
Télécopie : 01 45 21 20 97

Centre d'Evaluation et de
Traitement de la Douleur
de l'adulte et de l'enfant

☎ 01 45 21 37 44
☎ 01 45 21 37 74

MEDECIN RESPONSABLE
Dr Isabelle NEGRE

CONSULTATIONS ADULTES
Dr Isabelle NEGRE
Dr J-M RAZAFIMANDIMBY
Dr A. SPASSOVA, auriculothérapeute
Dr Tarika ISSAD, psychiatre
☎ 01 45 21 37 44 (rendez-vous)

Dr Caroline LAVABRE,
rhumatologue
☎ 01 45 21 73 00 (rendez-vous)

SECRETARIAT MEDICAL
Sandra QUERCY
☎ 01 45 21 37 44
✉ sandra.quercy@bct.aphp.fr

CADRE SUPERIEUR
CADRE DE SOINS

EQUIPE INFIRMIERE
Gloria OLIVEIRA
Eduardo TRIS
☎ 01 45 21 34 32

PSYCHOLOGUES
Déborah HADDAD BAUDRY
☎ 01 45 21 37 44

Bicêtre le

Cher Confrère,

Vous avez sollicité un rendez vous de consultation douleur pour votre patient.

Afin d'optimiser sa prise en charge nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et de l'envoyer avec votre dossier informatisé si nécessaire. Ce dossier remplacera le courrier de demande.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'en l'absence de ce document dûment rempli nous ne pourrions délivrer de rendez vous.

Veuillez agréer, Cher Confrère, l'expression de mes cordiales salutations.

Dr I. NEGRE

Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
Groupe Hospitalier Universitaire Paris Sud
78 rue du Général Leclerc
94270 LE KREMLIN BICETRE
Téléphone : 01 45 21 37 44
Fax : 01 45 21 37 74

Demande de consultation de prise en charge de la douleur chronique
à remplir par le médecin

Nom du patient :

Médecin adresseur : ☐ Médecin traitant référent : Dr

☐ Spécialiste non hospitalier : Dr

☐ Spécialiste hospitalier : Dr

Service

Quel est le motif de la consultation ?

- ☐ Un avis simple
☐ Une prise en charge thérapeutique
☐ Un essai technique particulier (précisez) :

☐ Autre (précisez)

Quel est le diagnostic étiologique présumé de la douleur ?

.....

.....

.....

Antécédents du patient (médicaux, chirurgicaux, traumatiques, psychiatriques)

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont les examens complémentaires réalisés en rapport avec cette douleur ?
(Nature, date, résultats)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitements actuels complets: (Médicament, dose, efficacité, effets indésirables)

Médicament	Dose/jour	Efficacité	Effet indésirable

Pharmacodépendance : ☐ non ☐ oui Médicament :

Traitements antalgiques antérieurs (médicaments ou autres) +++ TRES IMPORTANT
(Médicament, dose, durée du traitement, cause d'interruption)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du médecin adresseur, difficultés rencontrées :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Nom du médecin :
(tampon)

Signature