



## DEMANDE DE CONSULTATION – GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

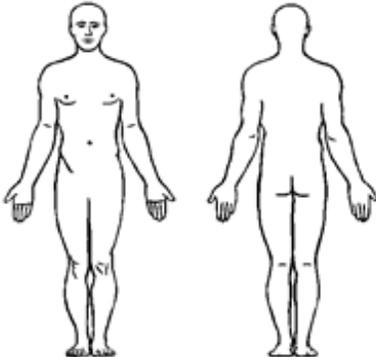
Pour :

Informations sur l'utilisateur				
Prénom et nom (à la naissance)				
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie		N° de dossier (usage interne)		
Adresse (n°, rue)				
Ville			Code postal	
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (autre)	
Nom d'une personne de l'entourage		Ind. rég.	Téléphone	

Médecin référent (ou apposez votre étampe)				Médecin traitant <input type="checkbox"/> Même que référent			
Prénom et nom		N° de permis		Prénom et nom		N° de permis	
Précisez <input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> Autre				Précisez <input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> Autre			
Ind. rég.	Téléphone	Ind. rég.	Télécopieur	Ind. rég.	Téléphone	Ind. rég.	Télécopieur

Motif de la demande					
Date	Année	Mois	Jour	<input type="checkbox"/> Nouvel usager	<input type="checkbox"/> Réévaluation
<b>Référence en clinique de la douleur</b>			<b>Référence en services spécialisés de réadaptation</b>		
<input type="checkbox"/> Opinion médicale <input type="checkbox"/> Intervention/technique ciblée <input type="checkbox"/> Médication/ajustement <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____			<input type="checkbox"/> Adaptation à la douleur chronique <input type="checkbox"/> Retour/maintien au travail <input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles permanentes? précisez : _____ <input type="checkbox"/> Contre-indications à l'activité physique? précisez : _____		

Histoire de la condition douloureuse					
<input type="checkbox"/> Arrêt de travail	Date d'arrêt	Année	Mois	Jour	Type de travail
Partenaire : <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> Assurances			Date de début		
Année			Mois		
Année			Mois		
Année			Mois		
<b>Circonstance d'apparition de la douleur</b>					
<input type="checkbox"/> Accident, précisez : _____					
<input type="checkbox"/> Chirurgie, précisez : _____					
<input type="checkbox"/> Maladie, précisez : _____					
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____					
<b>Localisation et qualité de la douleur (noircir la région)</b>					
<input type="checkbox"/> Neuropathique		<input type="checkbox"/> Mixte		<input type="checkbox"/> Migraine	
<input type="checkbox"/> Nociceptive		<input type="checkbox"/> Douleur généralisée			
<b>Intensité moyenne au cours des 7 derniers jours :</b>					
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					



Raison de consultation et impression(s) diagnostique(s)

