

Nom du patient	N° de dossier
----------------	---------------

Étape 3: Précisions additionnelles

Veillez cocher si la douleur est liée à une condition ci-dessous:	CP	CP
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	C	<input type="checkbox"/> Maladie neurologique dégénérative et rapidement progressive D
<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie associée à la douleur chez patient ≥ 85ans	D	<input type="checkbox"/> Ostéoporose fracturaire avec fracture récente de moins de 3 mois D
<input type="checkbox"/> Manifestation systémique d'une maladie auto-immune avec labos paracliniques positifs récents de moins de 3 mois	D	<input type="checkbox"/> Femme enceinte C

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Agent payeur actuel dans l'histoire de la condition douloureuse: <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> Assurances <input type="checkbox"/> Autres	Date de début	Année	Mois	Jour
---	----------------------	-------	------	------

Veillez cocher les éléments ci-dessous applicables à votre patient (12 modulateurs) et joindre les documents pertinents

<input type="checkbox"/> Comorbidité sévère non psychiatrique ayant un impact sur le métabolisme des médicaments (ex.: insuffisance rénale, hépatique, pulmonaire, cardiaque, etc.)	<input type="checkbox"/> Consultations médicales fréquentes pour douleur mal contrôlée (considérer tous les milieux)
<input type="checkbox"/> Comorbidité(s) associée(s) à l'obésité ayant un impact sur le niveau de déconditionnement physique (ex.: apnée du sommeil, diabète)	Absentéisme aux études ou au travail en lien avec la condition douloureuse <input type="checkbox"/> < 12 mois ou <input type="checkbox"/> ≥ 12 mois
<input type="checkbox"/> Comorbidité psychiatrique axe I	<input type="checkbox"/> Maintien précaire au travail ou aux études
<input type="checkbox"/> Plus qu'un tableau douloureux (excluant fibromyalgie)	<input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle dans les activités de la vie quotidiennes et domestiques - mobilité réduite
<input type="checkbox"/> Douleur apparue à la suite d'un traumatisme	<input type="checkbox"/> Marginalité ou précarité sociale
<input type="checkbox"/> Échec à ≥ 3 classes agents analgésiques (indiquer agent, dose maximale titrée et cause(s) de l'arrêt • •	<input type="checkbox"/> Patient qui <u>accepte</u> une thérapie de substitution pour un trouble de mésusage concomitant ou une réduction des opiacés

Étape 4 : Demande de consultation pour infiltration seulement selon l'offre de service de la clinique de la douleur
(Prérequis: rapport d'évaluation médicale avec documentation des traitements conservateurs tentés)

<input type="checkbox"/> Infiltration du rachis (prérequis: scan ou IRM) <input type="checkbox"/> Facettaire <input type="checkbox"/> Foraminale <input type="checkbox"/> Inter laminaire <input type="checkbox"/> Caudale <input type="checkbox"/> Sacro-iliaque Veillez préciser le(s) niveau(x) et côté(s) si pertinent ou inscrivez non applicable:	
<input type="checkbox"/> Infiltration intra-articulaire (prérequis: scan ou IRM) Préciser l'articulation à infiltrer:	
<input type="checkbox"/> Autre type d'infiltration, s.v.p. préciser:	
<input type="checkbox"/> Selon l'avis du MD consultant	

Ligne réservée à l'usage exclusif des cliniques de la douleur partenaires désignées d'un CEGDC :

<input type="checkbox"/> Plateau technique niveau tertiaire (veuillez préciser l'intervention souhaitée) :	C
--	----------

Est-ce que le patient a des allergies? (ex.: iode, antibiotique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser:
Est-ce qu'il prend un anticoagulant?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, est-ce que l'anticoagulant peut être cessé temporairement en vue de l'intervention? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'il a des besoins spéciaux Ex : interprète, transport adapté, contre-indication à l'activité physique, autre:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser:

Nom du patient	N° de dossier
----------------	---------------

Étape 5: Renseignements sur le référent					
Nom		N° de permis		Référence nominative (si requis):	
Adresse		Courriel			
Ind. rég.	N° de téléphone	Ind. rég.	N° de télécopieur		
Signature			Date		Année Mois Jour
Si vous êtes un médecin qui pratiquez dans une clinique de la douleur partenaire d'un CEGDC, veuillez le préciser ici et indiquer le territoire de votre RUISSS (Code de priorité :C):					
Renseignements sur le médecin de famille ou le professionnel qui assure la prise en charge (ex. : IPS/PL)					
Nom		N° de permis		<input type="checkbox"/> Patient sans médecin de famille ou professionnel assurant la prise en charge (ex. : IPS/PL)	
Adresse		<input type="checkbox"/> Idem au référent			
Nom et adresse du GMF, GMF-U ou autre clinique où le patient est inscrit					
Modification de la priorité à la discrétion du médecin répondant de la clinique de la douleur					
Veuillez indiquer si vous acceptez que votre demande soit redirigée s'il existe une clinique de la douleur dans la région de votre patient: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
<input type="checkbox"/> Tout rapport pertinent est joint à cette demande. Je comprends que toute demande incomplète sera retournée. En référant le patient, je m'engage à assurer un suivi de sa condition de douleur chronique pendant le traitement et à la suite de son congé de la clinique. Si je suis un médecin consultant spécialiste, je m'engage à informer le médecin traitant/de famille de cette demande de référence, et ce afin que le médecin traitant/de famille assure le suivi auprès du patient.					

Annexe 1 : Modalités de soutien et téléservices aux professionnels, lignes directrices MSSS, info centre IMAGE, recommandations sur l'anticoagulation lors des interventions techniques, alertes cliniques pour diriger le patient à l'urgence, liste des diagnostics pour lesquels une consultation en clinique de la douleur n'est pas indiquée ou pour lesquels il existe des ressources spécialisées (problème de toxicomanie, expertise médicolégale, trouble somatoforme)