



DT9258

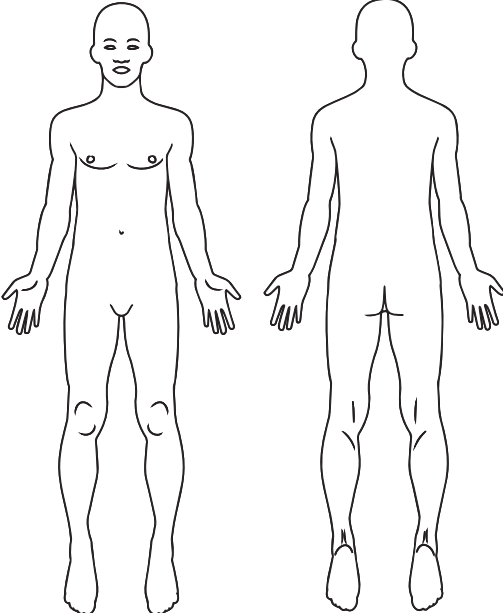
## DEMANDE DE CONSULTATION – GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Identification sur le patient				
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	
Adresse courriel				

### Étape 1: Motif de la demande (cocher une seule case en clinique de la douleur ou en centre de réadaptation)

Clinique de la douleur			Centre de réadaptation	
<b>Légende : Codes de priorisation (CP)</b> B ≤ 10 JOURS C ≤ 28 JOURS D ≤ 3 MOIS E ≤ 12 MOIS			<b>Critères obligatoires pour une référence :</b> • Impacts fonctionnels dans plusieurs sphères de la vie • Besoin d'une équipe interdisciplinaire • Disponibilité du patient à des interventions jusqu'à quelques fois par semaine pour la réadaptation • Disposition du patient à s'investir dans la réadaptation (autogestion)	
<input type="checkbox"/> Avis diagnostic	<input type="checkbox"/> Recommandations thérapeutiques	<input type="checkbox"/> Infiltration seulement	<input type="checkbox"/> Programme adaptation / réadaptation à la douleur chronique	<input type="checkbox"/> Retour ou maintien au travail

### Étape 2 : Tableau clinique – Diagnostic (cocher un seul choix dans les boîtes suivantes)

Date approximative du début de la douleur	Année	Mois	Élément déclencheur <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Si oui, veuillez préciser : _____
			Traitements de physiothérapie amorcés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Cervicalgie/cervicobrachialgie (prérequis: RX ou Scan ou IRM) <input type="checkbox"/> Dorsalgie (prérequis: RX ou Scan ou IRM) <input type="checkbox"/> Lombalgie/lombosciatalgie (prérequis: Scan ou IRM) <input type="checkbox"/> Sténose spinale (prérequis: Scan ou IRM) <input type="checkbox"/> Douleur musculosquelettique chronique (prérequis: RX ou Scan ou IRM) <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques diffuses (selon disponibilité de l'offre de service) ex: fibromyalgie <input type="checkbox"/> Douleur chronique viscérale (abdominale et/ou pelvienne) (prérequis: rapport de spécialité connexe) <input type="checkbox"/> Douleur neuropathique chronique (rapport EMG si pertinent) <input type="checkbox"/> Céphalée ou douleur orofaciale chronique (prérequis: rapport de spécialité connexe ex: neurologie) <input type="checkbox"/> Douleur post-chirurgicale chronique <input type="checkbox"/> Douleur post-traumatique chronique <input type="checkbox"/> Douleur reliée à un cancer actif <input type="checkbox"/> Syndrome douloureux régional complexe <input type="checkbox"/> Indiquez si le patient est traité ou en attente pour être traité en centre de réadaptation <input type="checkbox"/> Cochez si œdème objectivable par MD référent et diagnostic ≤ 6 mois	E E E E E E E E E E E E C E D	<b>Pour le prérequis exigé, veuillez indiquer si:</b> <input type="checkbox"/> Disponible sur le DSQ ou <input type="checkbox"/> Annexé à la présente demande  <b>Localisation de la douleur. Noircir la(les) région(s) :</b>  	

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	<b>C</b>	<input type="checkbox"/> Maladie neurologique dégénérative et rapidement progressive	<b>D</b>
<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie associée à la douleur chez patient ≥ 85ans	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> Ostéoporose fracturaire avec fracture récente de moins de 3 mois	<b>D</b>
<input type="checkbox"/> Manifestation systémique d'une maladie auto-immune avec labos paracliniques positifs récents de moins de 3 mois	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> Femme enceinte	<b>C</b>

**Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**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"/> Comorbidité psychiatrique axe I	<input type="checkbox"/> < 12 mois ou <input type="checkbox"/> ≥ 12 mois
<input type="checkbox"/> Plus qu'un tableau douloureux (excluant fibromyalgie)	<input type="checkbox"/> Maintien précaire au travail ou aux études
<input type="checkbox"/> Douleur apparue à la suite d'un traumatisme	<input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle dans les activités de la vie quotidiennes et domestiques - mobilité réduite
<input type="checkbox"/> Échec à ≥ 3 classes agents analgésiques (indiquer agent, dose maximale titrée et cause(s) de l'arrêt • • •	<input type="checkbox"/> Marginalité ou précarité sociale
	<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

<i>Ligne réservée à l'usage exclusif des cliniques de la douleur partenaires désignées d'un CEGDC :</i>	<b>C</b>
<input type="checkbox"/> Plateau technique niveau tertiaire (veuillez préciser l'intervention souhaitée) : _____	

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	
<b>Signature</b>				<b>Date</b>	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"/> <b>Idem au référent</b>	<input type="checkbox"/> Patient sans médecin de famille ou professionnel assurant la prise en charge (ex. : IPS/PL)
Adresse				

**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:  Oui  Non

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)*