

Etablissement

Service

Adresse

Téléphone

QUESTIONNAIRE d'ORIENTATION

Adulte

Pour une meilleure compréhension de vos douleurs, il nous importe de recueillir certaines informations. Nous vous remercions de répondre le plus exactement possible aux questions posées.

- Questionnaire à renvoyer à l'adresse ci-dessus
- Courrier médical à joindre

Lors de la consultation, pensez à vous munir des examens en votre possession

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

(Nom de jeune fille) :

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Age :

Sexe :

Lieu de naissance :

Situation de famille, vit en couple

seul(e)

veuf (ve)

divorcé(e)

Nombre d'enfants :

Enfants actuellement à charge :

Adresse précise où vous joindre :

☎ Fixe : Portable : Travail :

Mail :

Profession :

Profession du conjoint :

(Précisez votre situation et votre qualification par exemple : artisan retraité, ouvrier au chômage, ...)

Etes-vous en arrêt de travail ? oui non depuis le :

en rapport accident du travail ? oui non depuis le :

en rapport maladie professionnelle? oui non depuis le :

Etes-vous au chômage ? oui non depuis le :

Etes-vous en invalidité ? oui (taux % :) non en cours

Etes-vous en ALD (100 %) ? oui (pour quelle maladie?) non

Etes-vous en cours de réinsertion professionnelle ? oui non

de formation ? oui non

Etes-vous en litige avec l'assurance maladie ? oui non

avec une assurance ? oui non un autre organisme ? oui non

MOTIF DE LA CONSULTATION

.....
.....
.....
.....
.....

VOTRE DOULEUR

Depuis combien de temps avez-vous mal ?

Votre douleur évolue-t-elle en empirant ? oui non

Votre douleur vous atteint-elle moralement ? oui non

Votre douleur est-elle liée à une maladie ? oui non

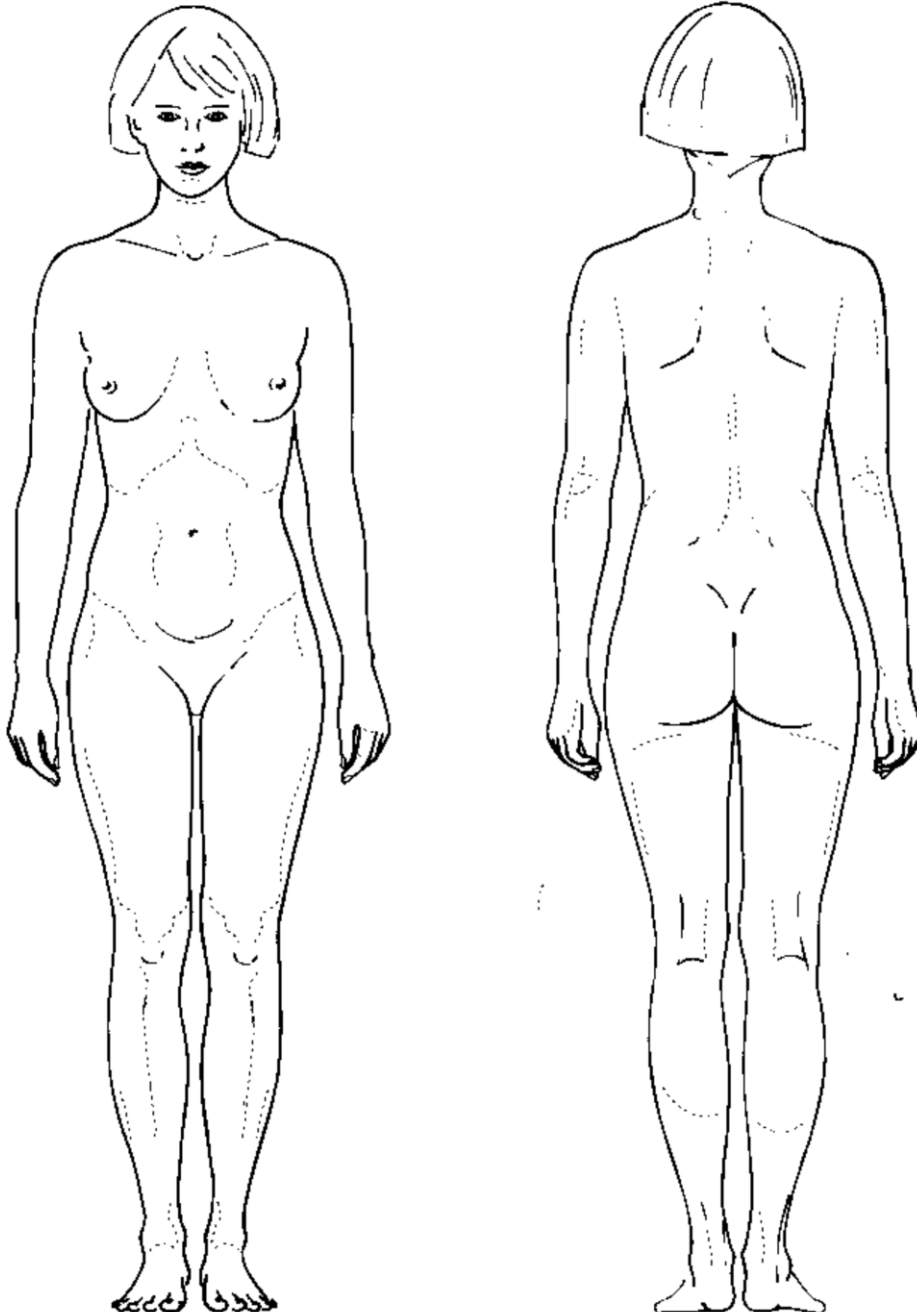
Votre douleur est-elle liée à un accident ? oui non

Votre douleur est-elle liée à une intervention chirurgicale ? oui non

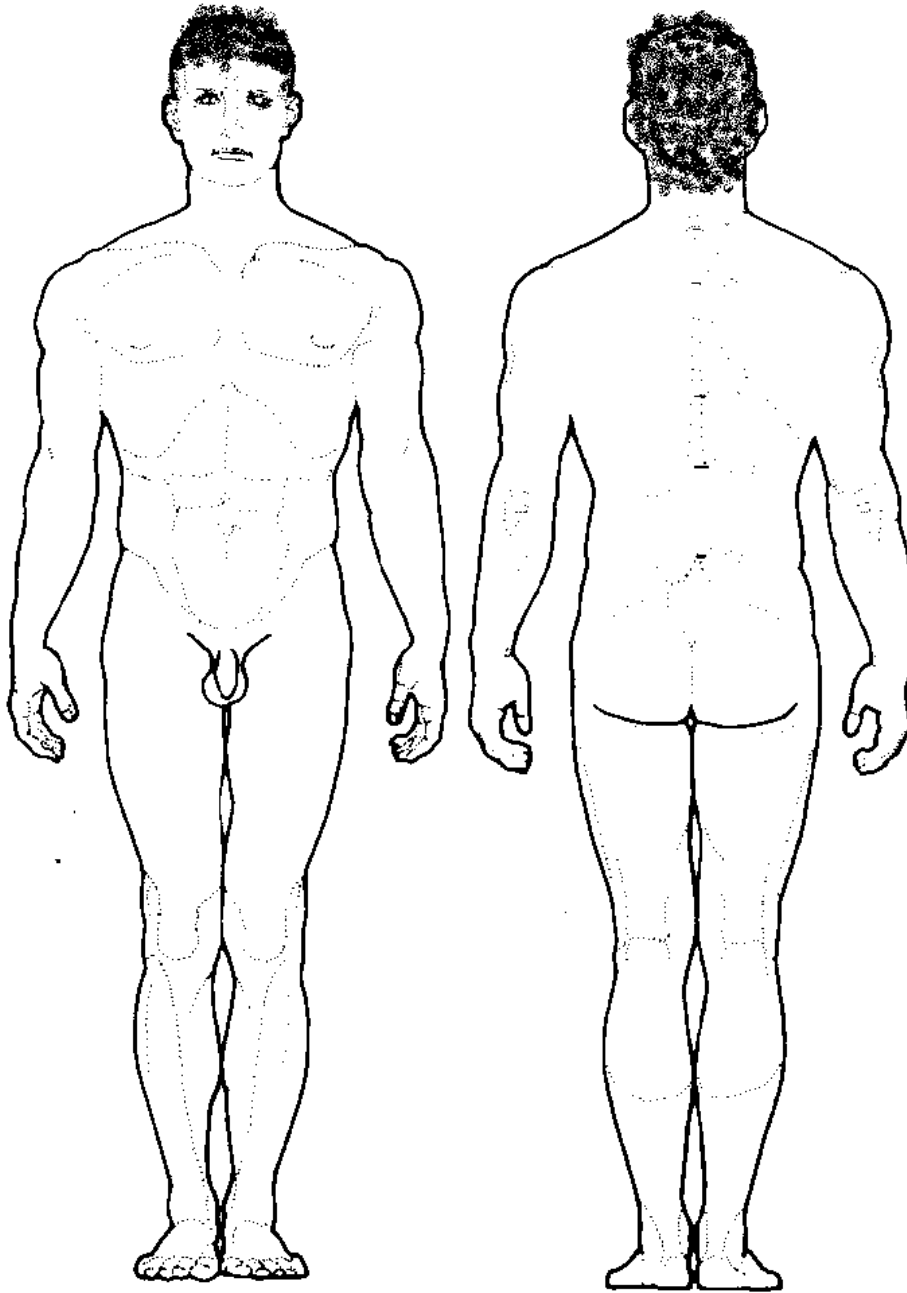
Précisez si vous le souhaitez :

.....
.....

Hachurez la ou les zones de votre douleur sur les schémas ci-dessous



Hachurez la ou les zones de votre douleur sur les schémas ci-dessous



TRAITEMENT ACTUEL POUR VOTRE DOULEUR

(Pour chaque médicament, veuillez indiquer le nom et la dose)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENTS DEJA EFFECTUES POUR VOTRE DOULEUR

Médicaments : oui non Acupuncture : oui non
Chirurgie : oui non Mésothérapie : oui non
Infiltration : oui non Ostéopathie : oui non
Rééducation : oui non Relaxation : oui non
Autres : oui lesquels
Avez-vous déjà rencontré un psychiatre ou un psychologue pour votre douleur ? oui non

AUTRES TRAITEMENTS EN COURS

.....
.....
.....
.....
.....
Avez-vous un pacemaker, un défibrillateur cardiaque ou autre stimulateur ? oui non

EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES POUR VOTRE DOULEUR

A apporter lors de la consultation

Radiographie : oui non Scintigraphie : oui non
Scanner : oui non Electromyogramme : oui non
IRM : oui non
Autres : oui lesquels

MALADIES AUTRES QUE LA DOULEUR

.....
.....
.....
.....

AU COURS DE VOTRE PRISE EN CHARGE

Votre dossier peut être discuté en staff (réunion de professionnels de santé)

Acceptez-vous ? oui non

Signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Pour ces rubriques, veuillez tenir compte de la liste suivante : généraliste, médecin traitant, rhumatologue, neurologue, chirurgien, psychiatre, rééducateur, autre (précisez l'orientation médicale).

MEDECIN QUI VOUS ADRESSE A LA CONSULTATION

Nom : Spécialité :

Adresse :

..... Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

..... Téléphone :

MEDECINS SPECIALISTES DEJA CONSULTES POUR LA DOULEUR

1/ Nom : Spécialité :

2/ Nom : Spécialité :

3/ Nom : Spécialité :

Médecin de la douleur ou structure douleur déjà consulté : oui non

Nom et Adresse :

.....

HOSPITALISATION

Si vous avez été hospitalisé(e) pour cette douleur, veuillez préciser ci-dessous : l'hôpital ou la clinique, le nom et la spécialité du médecin responsable et la date d'hospitalisation.

1ere hospitalisation :

.....

2eme hospitalisation :

.....

3eme hospitalisation :

.....

SI VOUS LE JUGEZ UTILE, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS VOS REMARQUES

.....

.....

.....

.....

.....