

DEMANDE DE CONSULTATION INITIALE PLURIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

Questionnaire destiné aux médecins traitants.

**Merci de bien vouloir de compléter en
version électronique et de nous l'envoyer par mail à l'adresse
suivante : pb-hdj-bellier@chu-nantes.fr.**

Cher confrère,

En vue d'une consultation initiale pluridisciplinaire de la douleur de la personne âgée, nous vous remercions de bien vouloir prendre connaissance des informations qui sont susceptibles d'être utiles au cours de celle-ci et de nous faire part de vos remarques ou attentes concernant la prise en soin de votre patient.e.

Nous ne manquerons pas en retour de vous tenir informé des propositions thérapeutiques faites à votre patient.e.

Date de rédaction de la demande	Date de réception de l'auto-questionnaire du patient

Coordonnées patient	Coordonnées médecin adresseur
Nom :	Nom et prénom :
Prénom :	Spécialité :
Date de naissance :	Adresse :
Adresse :	Téléphone :
Téléphone :	Courriel :
Courriel :	
Personne de confiance :	
Personne(s) référente(s) :	

Nom du médecin traitant (coordonnées, si différentes de l'adresseur) :

Évaluation préalable :

- Le courrier d'adressage (ATCD, histoire de la douleur)
- Traitement en cours : joindre la copie ordonnance
- Auto-questionnaire du patient douloureux chronique

- Avis spécialisés à visée diagnostique et thérapeutique : joindre les comptes rendus
- Bilan imagerie adapté préalable : joindre les comptes rendus
- Courriers des consultations douleurs déjà consultées
- Mini-examen de l'état mental (MMSE) : score /30

LES ATTENTES DU MEDECIN ADRESSEUR

cocher les bons items

Modalités d'intervention de la structure douleur chronique (SDC) souhaitées :

Avis téléphonique

Concertation sur dossier

Télé-expertise avec le médecin

Consultation du patient en présentiel en SDC

Autre :

(à préciser)

Types d'interventions de la SDC (structure douleur chronique) souhaitées :

plusieurs choix possibles

Avis diagnostique

Avis thérapeutique

Evaluation et expertise avec proposition d'une stratégie thérapeutique

Suivi pluriprofessionnel au sein de la SDC

Approche non médicamenteuse

Accès à une technique spécifique (à préciser) :

Aide à la coordination du parcours de santé

Autre (à préciser) :

Commentaires éventuels :

Demande en urgence (somatique, sociale, ou autre) : oui non

Si oui, justification du recours au dispositif coupe-file (obligatoire) :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA DEMANDE

Aggravation récente du syndrome douloureux (selon le médecin adresseur) : oui non

Date d'apparition initiale de la douleur motivant la demande :

Diagnostic étiologique de la douleur :

Connu (à préciser) :

Inconnu (le cas échéant, hypothèse du médecin adresseur) :

Situation déjà évaluée par un des spécialistes de la douleur : oui non

Si oui,

lesquels et quand ?

Douleur déjà évaluée par un service hospitalier de spécialité ? : oui non

Comorbidités principales :

(dont psychiatriques avec si possible date de début)

Risque de mésusage : oui non score POMI : /5

Critères de fragilité (pour les patients > 65 ans) :

Vit seul > 5 traitements Perte de poids > 5%/an Troubles cognitifs (mémoire)

Communication difficile Troubles sensoriels (audition, vue, sensibilité proprioceptive, goût, odorat)

Difficulté à faire 100 m ou diminution récente de la vitesse de marche

Chutes récentes Hospitalisation sur plusieurs nuits dans les 6 derniers mois

Situation socio-professionnelle

ALD : oui non

Si oui préciser le motif :

Comorbidités :

Autonomie : complète partielle dépendance totale

Invalidité : oui non

Si oui, date de début : catégorie 1 catégorie 2

Dossier MDPH : RQTH AAH

Dossier APA : non demandé demande en cours accordée GIR :

Anciennes professions :

Situation socio-familiale

(à préciser si possible) :

Autonomie complète : oui non

Autonomie partielle : oui non

Aidants principaux :

Personne de confiance :

Quelles sont selon vous les attentes principales du patient vis-à-vis d'une consultation spécialisée de la douleur chronique ?

RÉPONSE DU MÉDECIN DE LA SDC

Consultation en urgence (coupe file) : oui non

Réorientation vers une structure de proximité :

Orientation vers une approche spécialisée :

Modalités d'intervention proposées :

Avis téléphonique

Réunion de concertation pluri-professionnelle RCP sur dossier

Télé-expertise (avec médecin)

Consultation du patient en présentiel en SDC

Autre (à préciser) :