

Direction des soins infirmiers – volets opérations – Clinique de la douleur/ unité de  
médecine de jour

## Objet : Avis de réception de votre demande

Madame, monsieur,

Nous tenons à vous informer de la réception de votre demande à la Clinique de la douleur de  
l'Hôpital de Verdun pour :

\_\_\_\_\_

Cependant, afin d'accélérer le traitement de votre demande, nous vous demandons de nous  
faire parvenir les pièces manquantes/requises suivantes :

- Résumé de l'histoire avec symptômes associés ainsi que la durée approximative  
(mois, années) ;
- Liste de médicaments à jour
- Rapport de résonance magnétique et/ou scan ayant été fait au cours des deux  
dernières années (pour les douleurs cervicales, dorsales et/ou lombaires)
- Autres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Toute demande incomplète se verra automatiquement rejetée et une nouvelle demande de  
consultation devra être faite à nouveau.

Veuillez noter que le délai d'attente pour la clinique de la douleur peut aller jusqu'à un an.  
Toutefois, nous priorisons les patients **ayant** un diagnostic de dystrophie sympathique réflexe  
**de moins de 6 mois**. Sur votre demande de consultation, nous vous demandons d'indiquer les  
données **pertinentes** de l'examen physique (allodynie, changements vasomoteurs, sudation  
anormale, changements trophiques) qui vous permettent de poser ce diagnostic et la durée des  
symptômes

*La clinique de la douleur de l'hôpital de Verdun offre un service de consultation, d'intervention  
et de suivi à court terme. **Le suivi à long terme restera à la charge du médecin de famille du  
patient ou le médecin demandeur du patient.** Notre équipe est composée d'un anesthésiste,  
d'un médecin généraliste, d'infirmières, d'une psychologue et d'un physiothérapeute. Nous  
avons accès à des orthopédistes, des rhumatologues, **des radiologistes** et **d'autres spécialités  
médicales**, au besoin.*

Nous tenons à vous remercier de la confiance que vous nous témoignez et nous vous prions de  
bien vouloir accepter nos salutations les meilleures.



DT9258

## DEMANDE DE CONSULTATION – GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

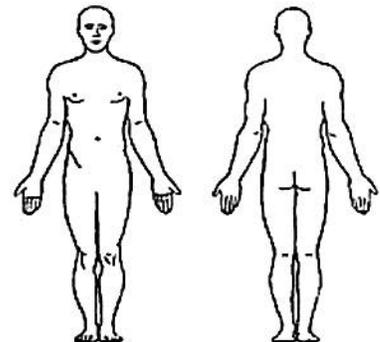
Pour :

Informations sur l'utilisateur	
Nom	Date de naissance
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N. de permis (si applicable)
Adresse (rue)	
N. de téléphone	
N. de fax	
N. de télécopieur	
N. de courriel	

Médecin référant (ou apposez votre étampe)				Médecin traitant <input type="checkbox"/> Même que réfèrent			
Prénom et nom		N° de permis		Prénom et nom		N° de permis	
<input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> Autre				<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> <input type="checkbox"/> Opinion médicale <input type="checkbox"/> Intervention/technique ciblée <input type="checkbox"/> Médication/ajustement <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____		<b>Référence en services spécialisés de réadaptation</b> <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
		Jour	
<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			
Intensité moyenne au cours des 7 derniers jours :    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10			



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

