



DEMANDE DE CONSULTATION

Clinique de gestion de la douleur chronique

IDENTIFICATION DE L'USAGER

S.V.P. écrire en caractères gras pour télécopie.

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Nom usuel : _____ Sexe : F [] M []

Date de naissance : JJ____/mm____/AA____ Âge : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Langue(s) parlée(s) : Français [] Anglais [] Autres [] _____

Autre personne à contacter (si requis) :

Conjoint(e) : _____ Autre : _____ (Lien) _____

Téléphone : Domicile _____ Bureau _____ Cellulaire _____

RAISON DE LA CONSULTATION : _____

BUT DE LA RÉFÉRENCE : Investigation et traitement [] prise en charge interdisciplinaire []
Intervention (ex : épidurale, bloc facettaire) []

(S.V.P. informations OBLIGATOIRES, COMPLÈTES et bien lisibles)

**NOM DU MÉDECIN RÉFÉRANT ou
MÉDECIN TRAITANT**

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

PROGRAMME RÉFÉRANT : Hôpital de jour [] Unité de réadaptation [] Unité de courte durée gériatrique []
Omnipraticien : CLSC [] GMF [] Privé []
Spécialiste (préciser) : _____



IUG296

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX :

| | Oui | Non | Inconnu | Préciser |
|------------------------|-----|-----|---------|----------|
| Démence | () | () | () | _____ |
| Dépression | () | () | () | _____ |
| Chirurgie orthopédique | () | () | () | _____ |
| Abus de substances | () | () | () | _____ |
| Autres | () | () | () | _____ |

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (S.V.P. écrire lisiblement)

Analgésiques actuels :

| Rx | Dose | Durée | Réponse |
|-------|-------|-------|---------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Analgésiques essayés auparavant :

| Rx | Dose | Durée | Réponse | Raison de cessation |
|-------|-------|-------|---------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Interventions effectuées :

| Interventions | Date | Réponse |
|---------------|-------|---------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Autres médicaments pris actuellement :

Allergies médicamenteuses : _____

CONSULTATIONS ANTÉRIEURES:

| Spécialités | Nom | Date | Diagnostic / Recommandations |
|-------------|-------|-------|------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Commentaires : _____

S.V.P. nous envoyer les résultats paracliniques pertinents

- Radiographies simples
- CT-scan
- IRM
- Tests sanguins

S.V.P., retourner la demande à :
Clinique de gestion de la douleur chronique
 Institut universitaire de gériatrie de Montréal
 4565, chemin Queen-Mary
 Montréal, H3W 1W5

Signature du médecin : _____
 Date : _____

Téléphone: (514) 340-2800 #2410
Télécopieur : (514) 340-3542

Tous droits réservés

