

Tél.: 613.737.8949    Tél.: 613.739.6296

Nom  
 Adresse  
 Téléphone  
 Téléphone  
 DOB  
 No de carte  
 d'assurance-santé

Clinicien demandant la consultation : _____	Téléphone : _____	Télécopieur : _____
Fournisseur de soins primaires (si différent) : _____		

**DÉCLARATION ET CONSENTEMENT**

- Il faut remplir les sections A, B, C et D, sinon nous refuserons la demande de consultation. Nous pourrions vous offrir une téléconsultation avec un de nos spécialistes en médecine de la douleur.
- Tout patient doit avoir le soutien continu de son fournisseur de soins primaires.
- Nous entamerons l'évaluation, le traitement et les recommandations. Quand l'état du patient sera stabilisé ou optimisé, nous transférerons son suivi à son fournisseur de soins primaires.
- Le fournisseur de soins primaires sera le seul prescripteur de toute pharmacothérapie recommandée.
- Notre clinique traite les patients pendant **un an** au maximum.
- Notre équipe interprofessionnelle (ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue et travailleuse sociale) fait une évaluation de la douleur chronique et des problèmes concomitants actuels et offre de l'enseignement et un traitement. L'objectif est d'aider le patient à améliorer son fonctionnement au quotidien et sa qualité de vie. L'autogestion et l'amélioration des habitudes de vie par l'établissement d'objectifs sont des éléments importants de notre programme et font partie intégrante de la réussite.
- J'accepte les modalités décrites ci-dessus.

**A – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES**

Veuillez joindre au formulaire tous les rapports cochés. <input type="checkbox"/> Anamnèse détaillée de la douleur <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux <input type="checkbox"/> Liste des médicaments courants incluant leur dose <input type="checkbox"/> Traitements et médicaments essayés pour soulager la douleur <input type="checkbox"/> Si le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est en cause, inclure un rapport montrant que le patient répond aux critères de Budapest (voir l'annexe).	Diagnostic en santé mentale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Suivi actuel en santé mentale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Rapports disponibles/joints
---	--

Examens pertinents à la demande de consultation Veuillez cocher les rapports fournis (examens datant de 2 ans au maximum) <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Échographie <input type="checkbox"/> Autre : _____	Toxicomanie actuelle ou antérieure <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Rapports disponibles/joints
--	--

**B – AUTRES ÉVALUATIONS OU TRAITEMENTS LIÉS À LA DOULEUR  Oui  Non**

Interventions physiques : \_\_\_\_\_

Interventions psychosociales : \_\_\_\_\_

Rapports disponibles/joints

Le patient a-t-il participé à un programme communautaire d'autogestion de la douleur chronique?  
 Oui  Non

Le patient a-t-il été traité par une autre clinique de la douleur?  Oui  Non

Si oui, précisez le nom de la clinique : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Rapports disponibles/joints

## C – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES

Diagnostiques posés en matière de douleur :

---

---

---

Durée de la douleur (cochez la case applicable)

- 3 - 6 mois  
 6 - 18 mois  
 \_\_\_\_\_

Cochez toutes les cases applicables ci-dessous.

- Soins palliatifs  
 Douleur complexe causée par le cancer  
 Grossesse Symptômes radiculaires  
 Syndrome douloureux régional complexe (SDRC)
- Douleur neuropathique  
 Anémie falciforme  
 Douleur postchirurgicale  
 Stimulateur de moelle épinière (SME)  
 Soins pédiatriques  
 Demande de consultation appuyée par un spécialiste de la douleur de L'Hôpital d'Ottawa pendant une téléconsultation

Lieu de la douleur (cochez toutes les cases applicables)

- Visage, tête  
 Cou, dos, colonne vertébrale  
 Extrémités  
 Thorax, poitrine  
 Abdomen, bassin, aine – de nature gynécologique  
 Abdomen, bassin, aine – de nature non gynécologique

## D – PATIENT AYANT DES BESOINS PARTICULIERS Oui Non

Nom d'usage du patient (si différent de celui indiqué) : \_\_\_\_\_

Identité de genre du patient : \_\_\_\_\_

Besoins du patient en matière de communication ou de compréhension (p. ex. interprète requis, trouble de l'apprentissage, faible littératie, trouble de la vision) : \_\_\_\_\_

Obstacles à l'accès aux soins (p. ex. absence d'un moyen de transport ou de la technologie requise pour recevoir des soins virtuels)?

Veuillez expliquer : \_\_\_\_\_