

Nom :

Prénom :

DONNÉES ADMINISTRATIVES & SOCIO PROFESSIONNELLES

Date de naissance :/...../.....

Inclusion :/...../.....

Sexe : F M

Adresse :

..... Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

N° sécurité sociale : ... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /.....

Régime : Général Agricole Indépendant (RSI) Autre(RATP)

Prise en Charge : RSA CMU ALD ALD 30 Mutuelle

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Autre :

Nombre d'enfants : dont à charge (précisez âge) :

Personne à prévenir :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tél. :

Niveau d'études : Non diplômé CAP/BEP Baccalauréat Etudes supérieures

Profession :

Actif : Temps plein Partiel Mi-temps Thérapeutique

Port de charges lourdes au travail ou Poste sédentaire (assis)

Inactif depuis le/...../..... **pour le motif suivant** : Arrêt maladie depuis le

Chômage Accident du travail depuis le

AAH MDPH : Catégorie Invalidité depuis le

Etudiant(e)

Retraité(e)

Sans Profession

Litige avec : La sécurité sociale Assurance Employeur Autre

Expertise en cours

Activités physiques :

Sport(s) :

Bricolage : Jardinage : Autre :

PROFESSIONNELS DE SANTE DU PATIENT

(à remplir par le professionnel de santé)

Motif de l'inclusion dans le Réseau LCD :

.....

Cochez SVP le
 médecin adressant
 le patient

Orientation ETP

(à remplir par professionnel de santé si formé à l'ETP)

Oui, le diagnostic éducatif :
 est effectué et je le joins à ce dossier
 doit être effectué par l'équipe de coordination
 Non (précisez le motif SVP) :

	Nom et Prénom	Adresse	Tél/ email
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> Spécialiste :	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> Spécialiste :	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> Spécialiste :	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> Infirmière :	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> AUTRE :	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email :

PATHOLOGIES LIÉES A LA DOULEUR

(à remplir par le professionnel de santé)

- Algie vasculaire Algodystrophie/causalgie Arthrose Cancer
 Céphalée Douleur pelvienne Fibromyalgie
 Migraine Névralgie du V Pathologie lombaire
 Rhumato-inflammatoire Séquelles de chirurgie Autre :

Antécédents médicaux :

Histoire de la maladie (merci de joindre les copies des CR si pathologies spécifiques) et examens complémentaires :

Bilan biologique et radio :

- Vit D Ostéo-densitométrie VS TSH, T4L
 Bilan rhumatismal TDM IRM Autre

Douleur neuropathique

Douleur nociceptive : Mécanique
 Inflammatoire Mixte

Douleur musculaire :
 Zone gâchette Tension musculaire

Temps de marche :

Temps assis :

Temps debout :

Temps allongé :

	Nom	Posologie	Durée	Effets indésirables
Traitements prescrits en cours & passés				