

DEMANDE D'INCLUSION DANS LE RÉSEAU LCD
Données administratives et médicales

A remplir par LCD :
DMP :

PATIENT : Nom : Prénom :

A remplir par le médecin incluant :

Dr
Spécialité : Je suis le médecin traitant

Motif de l'inclusion dans le réseau LCD (merci de cocher) :

Programme ETP : Remise en mouvement
 Relaxation/Hypnose/Pleine conscience en groupe
 Mécanismes des douleurs en individuel
 Gestion des médicaments

Situation complexe nécessitant un regard pluriprofessionnel en RCP
 PLURI

Recherche d'un correspondant (profession) :
(lieu) :

Cachet du Médecin
Date : __ / __ / 202__

Date de naissance : __ / __ / ____ Sexe : F M N° sécurité sociale _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Adresse : Langue parlée (si non francophone) :
Code Postal : ____ Ville : Logement social /hébergé
Tél. portable/domicile : Email : @

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Célibataire Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
Accompagnant :
Nombre d'enfants : dont à charge (précisez âge) :

Personne à prévenir : Nom : Prénom :
Lien de parenté : Tél. :

Assurance maladie de base : Général Agricole (MSA) Indépendant (RSI)
 Protection Universelle Maladie Régimes spéciaux : RATP/EDF/.....

Complémentaire :
 AME Mutuelle

Handicap (MDPH) depuis le __ / __ / ____ **Taux :** __ % RQTH PCH

Incapacité suite à : Accident du travail Maladie professionnelle depuis le __ / __ / 20__
 AAH Pension retraite Pension invalidité Autre :

IPP : >10% >50% >67%

LCD EPICES

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

Profession :

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?
 En activité professionnelle Retraité(e)-Etudiant(e) Chômage Sans profession Invalidité Arrêt maladie
 Arrêt longue maladie Mi-temps thérapeutique Reclassement professionnel Maladie professionnelle

Litige avec : Assurance La CNAM Employeur Autre : Expertise en cours

Autres ressources : RSA Allocation Chômage Indemnités journalières Allocations familiales

AVANT VOTRE ENTRÉE DANS LE RÉSEAU :

Quelle était la qualité de la prise en charge de votre douleur ?
 Très mauvaise Mauvaise Bonne Très bonne

Avez-vous consulté des professionnels de médecine alternative (non remboursés) ? Oui Non

Si OUI, lesquels ?

Cette année, combien de médecins différents avez-vous consulté pour la douleur ? Aucun 1 à 3 4 à 6 Plus de 6

Avez-vous été hospitalisé pour la douleur ?
 Oui Non

Si OUI, combien de jours au total ?
 1 à 5 6 à 10 11 à 30 Plus de 30

Cette année, combien de jours vous êtes-vous arrêté de travailler ?
 Aucun Moins de 15 jours 15 à 30 jours
 1 à 3 mois 3 à 6 mois Plus de 6 mois

PATIENT

Plan Personnalisé de Santé N° :

Nom :

Prénom :

PROFESSIONNELS DE SANTE DU PATIENT

	Nom et Prénom	Adresse	Tél/ email
Médecin traitant	Nom : Prénom :	CP: Ville :	Tél : Email:
Spécialiste :	Nom : Prénom :	CP: Ville :	Tél : Email:
Spécialiste :	Nom : Prénom :	CP: Ville :	Tél : Email:
Spécialiste :	Nom : Prénom :	CP: Ville :	Tél : Email:
Kinésithérapeute...	Nom : Prénom :	CP: Ville :	Tél : Email:
Infirmière :	Nom : Prénom :	CP: Ville :	Tél : Email:
AUTRE :	Nom : Prénom :	CP: Ville :	Tél : Email:
AUTRE :	Nom : Prénom :	CP: Ville :	Tél : Email:
AUTRE :	Nom : Prénom :	CP: Ville :	Tél : Email:

<u>PATIENT</u>	Plan Personnalisé de Santé N° :
Nom :	Prénom :
Date :	

PATHOLOGIES LIÉES A LA DOULEUR
(à remplir par le professionnel de santé)

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

Antécédents médicaux :

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

Activités physiques pratiquées : Sport(s) :

Autre :

Examens complémentaires effectués :	
Bilan biologique	<input type="checkbox"/> Bilan rhumatismal
Bilan radio : <input type="checkbox"/> TDM/IRM <input type="checkbox"/> Autre.....	

La douleur :

- Douleur neuropathique ou Douleur nociceptive : Mécanique Inflammatoire Mixte
ou Douleur musculaire : Zone gâchette Tension musculaire

Temps de marche :	Temps assis :
Temps debout :	Temps allongé :

	Nom	Posologie	Durée	Effets indésirables
Traitements prescrits en cours				
Traitements passés				