



**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 .....  Bilan rhumatismal

Bilan radio :     TDM/IRM     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 |
|---------------------------------------|-----|-----------|-------|---------------------|
| <b>Traitements prescrits en cours</b> |     |           |       |                     |
|                                       |     |           |       |                     |
|                                       |     |           |       |                     |
| <b>Traitements passés</b>             |     |           |       |                     |
|                                       |     |           |       |                     |
|                                       |     |           |       |                     |

PATIENT

Plan Personnalisé de Santé N° :

Nom :

Prénom :

**PROFESSIONNELS DE SANTE DU PATIENT**

|                                     | Nom et Prénom     | Adresse                          | Tél/ email      |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------------|-----------------|
| <b>Médecin traitant</b>             | Nom :<br>Prénom : | .....<br>CP: ..... Ville : ..... | Tél :<br>Email: |
| <b>Spécialiste :</b><br>.....       | Nom :<br>Prénom : | .....<br>CP: ..... Ville : ..... | Tél :<br>Email: |
| <b>Spécialiste :</b><br>.....       | Nom :<br>Prénom : | .....<br>CP: ..... Ville : ..... | Tél :<br>Email: |
| <b>Spécialiste :</b><br>.....       | Nom :<br>Prénom : | .....<br>CP: ..... Ville : ..... | Tél :<br>Email: |
| <b>Kinésithérapeute...</b><br>..... | Nom :<br>Prénom : | .....<br>CP: ..... Ville : ..... | Tél :<br>Email: |
| <b>Infirmière :</b>                 | Nom :<br>Prénom : | .....<br>CP: ..... Ville : ..... | Tél :<br>Email: |
| <b>AUTRE :</b><br>.....             | Nom :<br>Prénom : | .....<br>CP: ..... Ville : ..... | Tél :<br>Email: |
| <b>AUTRE :</b><br>.....             | Nom :<br>Prénom : | .....<br>CP: ..... Ville : ..... | Tél :<br>Email: |
| <b>AUTRE :</b><br>.....             | Nom :<br>Prénom : | .....<br>CP: ..... Ville : ..... | Tél :<br>Email: |