

DOSSIER DE DEMANDE D'INCLUSION DANS LE RÉSEAU LCD

Données administratives et socio professionnelles

Médecin incluant : Dr Spécialité :
 Je suis le médecin traitant

Motif de l'inclusion dans le reseau lcd :
 1) **Programme ETP :** Relaxation/hypnose /pleine conscience en groupe ou individuel
 Remise en mouvement Gestion des médicaments Mécanismes des douleurs
 ou
 2) **Situation complexe nécessitant un regard pluriprofessionnel en** RCP ou PLURI
 ou
 3) **Recherche d'un correspondant :** Profession du correspondant :
 Zone géographique du correspondant :

Date de naissance : __ / __ / ____ Sexe : F M Inclusion : __ / __ / 20 __
 Adresse : Code Postal : ____
 Ville : Logement social /hébergé
 Tél. domicile : ____ Email :@.....
 Tél. portable : ____ Langue parlée (si non francophone) :

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. :

N° sécurité sociale : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __
Régime de base : Général Agricole (MSA) Indépendant (RSI)
 Régimes spéciaux : RATP/EDF/..... Protection Universelle Maladie AME
Régime complémentaire : Mutuelle ALD CMU complémentaire

Autres ressources : RSA Allocation Chômage Indemnités journalières Allocations familiales
 AAH Pension retraite Pension invalidité Autre :

Niveau d'études : Non diplômé CAP/BEP Baccalauréat Etudes supérieures
Profession :
 Port de charges lourdes au travail ou Poste sédentaire (assis)
 Occupe un poste à : Temps plein Temps partiel Missions ponctuelles/intérim
 Ne travaille pas : Chômage Etudiant(e) Retraité(e) Sans Profession
 Reclassement professionnel en cours
Litige avec : Assurance La Sécurité Sociale Employeur Autre :
 Expertise en cours

Statut & droits :
Incapacité suite à : Accident du travail Maladie professionnelle
 depuis le __ / __ / ____ IPP : >10% >50% >67%
 Arrêt maladie Arrêt longue maladie Mi-temps thérapeutique
Handicap (MDPH) depuis le __ / __ / ____ Taux ____ % RQTH PCH

*A remplir par le
réseau LCD*
SCORE EPICE :

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 :

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
Traitements prescrits en cours				
Traitements passés				