

## DEMANDE D'INCLUSION DANS LE RÉSEAU LCD en vue d'un PARCOURS COORDONNÉ PERSONNALISÉ

*(à remplir par le professionnel de santé)*

**MÉDECIN INCLUANT :** Dr ..... Spécialité : .....  
Tél : ..... Email(sécurisé): .....  Médecin traitant informé ?

**MOTIF DE L'INCLUSION DANS LE RESEAU LCD :**  Le Bilan/Diagnostic éducatif a été réalisé ?  
Programme ETP :  En groupe  En individuel

Mécanismes de la douleur  Apprentissage de technique psychocorporelles (auto-hypnose, méditation, sophrologie...)  
 Remise en mouvement  Marcher en plein air  Parler de sa douleur  
 Gestion des médicaments  Parcours vulvodynie  
 **Consultation d'Evaluation et d'Orientation**  
 **Situation complexe nécessitant un regard pluriprofessionnel :**  RCP

**PATIENT :** NOM : ..... PRÉNOM : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  F  M Code postal (adresse) : .....  
Tél.: ..... Email : .....@.....  
Le patient est mobile et peut se déplacer :  Oui  Non

**LA DOULEUR**  
 Douleur neuropathique/nociceptive :  Mécanique  Inflammatoire  Mixte  
 Douleur nociplastique ou musculaire :  Zone gâchette  Tension musculaire  Insomniente  
Temps de marche : ..... Temps assis : .....  
Temps debout : ..... Temps allongé : .....

**PATHOLOGIES LIÉES À LA DOULEUR**  
 Fibromyalgie  Rhumato-inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, polyarthrite ankylosante...)  
 Migraine/Céphalée  Arthrose  Covid Long : date d'infection : .....  
 Algodystrophie/SDRC  Séquelles de chirurgie  Cancer/Post cancer  Vulvodynie  
 Pathologie lombaire  Endometriose  Rhumato-inflammatoire  Migraine/Céphalée  
 Autre : .....

	Nom	Posologie	Durée	Effets indésirables
Traitements prescrits en cours				
Traitements passés				

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** .....

.....

.....

**HISTOIRE DE LA MALADIE et examens complémentaires** *(merci de joindre les copies des CR + examens)*

.....

.....

.....

Date, signature, cachet du médecin