

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

*Cliquer ici pour accéder au Questionnaire douleur\**

Numéro du questionnaire si renseigné: .....

**PATIENT** : Nom : ..... Prénom : .....

<b>A remplir par le médecin incluant</b>	Dr : .....	<b>Médecin traitant</b>	<u>Cachet du Médecin</u>
	Spécialité : .....		Date : .....
	Email : ..... Tél : .....		
	<b>Motif de l'inclusion dans le réseau LCD (merci de cocher) :</b>		
	<b>Programme d'Education Thérapeutique du Patient :</b>	<b>En groupe</b> ou <b>En individuel</b>	
	<i>Mécanismes de la douleur</i>	<i>Apprentissage de techniques psychocorporelles</i>	
	<i>Remise en mouvement</i>	<i>(auto-hypnose, méditation, sophrologie...)</i>	
	<i>Gestion des médicaments</i>	<i>Parler de sa douleur</i>	<i>Parcours vulvodynie</i>
	<i>Marche en plein air</i>		
	<b>Situation complexe nécessitant un regard pluriprofessionnel : Réunion de Concertation Pluri-professionnelle (RCP) / Consultation pluri</b>		
	Autre : .....		

**A renseigner par le patient**

Date de naissance : ..... N° sécurité sociale : .....

Adresse : ..... Langue parlée (si non francophone) : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Logement social/hébergé

Tél. portable/domicile : ..... E-mail : .....

**Situation familiale :** En couple Vit seul/e

Aidant : .....

Nombre d'enfants : ..... dont à charge : ..... Précisez âge : .....

**Assurance maladie de base :** Général Régimes Spéciaux : .....

PUMA (Protection Universelle Maladie)

**Complémentaire :** Mutuelle CSS(Compl.Santé Solidaire) AME ALD (pour une autre pathologie)

**Handicap** (MDPH) depuis le : ..... Taux (%): ..... RQTH Démarche en cours AAH

**Incapacité suite à :** Accident du travail depuis : ..... Maladie professionnelle depuis: .....

**Situation professionnelle :**

Professions/Etudes : .....

**Litige avec :** Assurance CNAM Employeur Expertise en cours

Autre : .....

**Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?**

Activité professionnelle Mi-temps thérapeutique Chômage/sans profession Retraité·e Etudiant·e

Arrêt maladie depuis le : .....

**AVANT VOTRE ENTRÉE DANS LE RÉSEAU :**

<b>Médico Eco T0</b>	<b>Comment évalueriez-vous la qualité de la prise en charge de votre douleur ?</b>	<b>Avez-vous été hospitalisé·e pour la douleur ?</b>			
	Très mauvaise Mauvaise Bonne Très bonne	Oui Non			
	<b>Avez-vous consulté des thérapeutes de médecine "complémentaire" (osthéo, naturo, magnétiseur...)?</b>	<b>Si OUI, combien de jours au total ?</b>			
	Oui Non	1 à 5	6 à 10	11 à 30	+30
<b>Si oui lesquels ?</b>	<b>Cette année combien de jours vous êtes-vous arrêté·e de travailler ?</b>				
Aucun 1 à 3 4 à 6 + de 6	Aucun	Moins de 15 jours			
	15 à 30 jours	1 à 3 mois	+ de 6 mois		

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

Fibromyalgie      Rhumato-inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, polyarthrite ankylosante...)  
Migraine/Céphalée      Arthrose      Cancer/ Post cancer      Séquelles de chirurgie      Covid Long, date d'infection :  
Algodystrophie/SDRC      Algie vasculaire      Pathologie lombaire      Autres :      Vulvodynie      Endometriose

**Antécédents médicaux :**

.....  
.....  
.....

**Histoire de la douleur** (*merci de joindre les copies des comptes-rendus de consultations et d'imagerie*) :

.....  
.....  
.....  
.....

**Examens complémentaires effectués :**

Bilan biologique : .....      Bilan rhumatismal  
Bilan radio :      TDM/IRM      Autres : .....

**Activités physiques pratiques :**      Sports : .....

Autres : .....

**La douleur:** Le patient peut se déplacer ?      Oui      Non

Douleur neuropathique ou Douleur nociceptive      Mécanique      Inflammatoire      Mixte  
Douleur nociplastique ou Douleur musculaire      Zone gachette      Tension musculaire      Insomniente  
Temps de marche :      Temps assis :  
Temps debout :      Temps allongé :

	Nom et date de début	Posologie	Durée	Effets indésirables
<b>Traitements prescrits en cours</b>				
<b>Traitements passés</b>				

*PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU PATIENT*  
 (à remplir par le patient)

	NOM et Prénom	Adresse	Email /Tél
MEDECIN TRAITANT	NOM : Prénom :	CP :      Ville :	Email : Tél :
SPECIALISTE :	NOM : Prénom :	CP :      Ville :	Email : Tél :
SPECIALISTE :	NOM : Prénom :	CP :      Ville :	Email : Tél :
SPECIALISTE :	NOM : Prénom :	CP :      Ville :	Email : Tél :
KINESITHERAPEUTE :	NOM : Prénom :	CP :      Ville :	Email : Tél :
INFIRMIERE :	NOM : Prénom :	CP :      Ville :	Email : Tél :
AUTRE :	NOM : Prénom :	CP :      Ville :	Email : Tél :
AUTRE :	NOM : Prénom :	CP :      Ville :	Email : Tél :
AUTRE :	NOM : Prénom :	CP :      Ville :	Email : Tél :