



Ensemble
face à la
Douleur Chronique

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

Cachet du Médecin
Date : __ / __ / 202__

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) :

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 ☐ ALD ☐ Mutuelle

Handicap (MDPH) depuis le __ / __ / ____ Taux : __ % ☐ RQTH ☐ PCH
Incapacité suite à : ☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle depuis le __ / __ / 20__
IPP : ☐ >10% ☐ >50% ☐ >67%

☐ AAH ☐ Pension retraite ☐ Pension invalidité ☐ Autre ressource :
☐ RSA ☐ Allocation Chômage ☐ Indemnités journalières ☐ Allocations familiales

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

Profession :
Litige avec : ☐ Assurance ☐ CNAM ☐ Employeur ☐ Autre : ☐ Expertise en cours

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

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 été hospitalisé pour la douleur ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous consulté des professionnels de médecine alternatifs (non remboursés) ? ☐ 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 médecins différents avez-vous consulté pour la douleur ? ☐ Aucun ☐ 1 à 3 ☐ 4 à 6 ☐ Plus de 6
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: