



Ensemble
face à la
Douleur Chronique

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 :

A remplir par le médecin incluant:

Dr :
Spécialité : ☐ Médecin traitant
Email : Tél :
Motif de l'inclusion dans le réseau LCD (merci de cocher) :
☐ Programme d'Education Thérapeutique du Patient : ☐ En groupe ou ☐ En individuel
☐ Mécanismes de la douleur ☐ Apprentissage de techniques psychocorporelles à visée antalgique
☐ Remise en mouvement ☐ Gestion des médicaments ☐ Parler de sa douleur ☐ Parcours vulvodynie
☐ Situation complexe nécessitant un regard pluriprofessionnel : Réunion de Concertation Pluri-professionnelle (RCP)
☐ Autre :

Cachet du Médecin

Date :

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 ☐ Séparé/divorcé ☐ Veuf-ve

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 :

Comment évalueriez-vous la qualité de la prise en charge de votre douleur ?

☐ Très mauvaise ☐ Mauvaise ☐ Bonne ☐ Très bonne

Avez-vous consulté des thérapeutes de médecine "complémentaire" (ostéopathe, naturopathe, magnétiseur...) ? : ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels ?

Cette année, combien de médecins différents avez-vous consulté pour la douleur ? ☐ Aucun ☐ 1 à 3 ☐ 4 à 6 ☐ + de 6

Avez-vous été hospitalisé·e pour la douleur ?

☐ Oui ☐ Non

Si OUI, combien de jours au total ?

☐ 1 à 5 ☐ 6 à 10 ☐ 11 à 30 ☐ +30

Cette année combien de jours vous êtes-vous arrêté·e de travailler ?

☐ Aucun ☐ Moins de 15 jours
☐ 15 à 30 jours ☐ 1 à 3 mois ☐ + de 6 mois

Médico Eco T0



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

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

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 :

La douleur :

- ☐ Douleurs neuropathiques ☐ Douleurs nociceptives ☐ Douleurs mécaniques ☐ Douleurs inflammatoires ☐ Douleurs Mixtes
Le patient peut se déplacer ? ☐ Oui ☐ Non

	Nom et date de début	Posologie	Durée	Effets indésirables
Traitements prescrits en cours				
Traitements passés				

Commentaires Médecin :

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



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 :