



Ensemble
face à la
Douleur Chronique

DEMANDE D'INCLUSION DANS LE RESEAU LCD
Pédiatrie

PATIENT : Nom :

Prénom :

INCLUSION

Dr : Tel :	Spécialité : Mail :	Je suis le médecin traitant <input type="checkbox"/> Sécurisé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cachet et signature du médecin Date : - / - / 202
Motif de l'inclusion dans le réseau LCD (merci de cocher) : <input type="checkbox"/> Programme ETP : <input type="checkbox"/> Remise en mouvement (danse thérapie) en groupe <input type="checkbox"/> Relaxation/Hypnose/Pleine conscience <input type="checkbox"/> Situation complexe nécessitant un regard pluriprofessionnel			

DONNEES ADMINISTRATIVES

Identification de l'enfant

Date de naissance : _ / _ / _ Age :

Sexe : ☐ F ☐ M

Coordonnées des parents

Parent 1, Nom et prénom :

☐ Titulaire de l'autorité parentale

Adresse :

Code Postal :

Ville :

☐ Logement social /hébergé

Tél. portable/domicile :

Email :@.....

Parent 2, Nom et prénom :

☐ Titulaire de l'autorité parentale

Adresse :

Code Postal :

Ville :

☐ Logement social /hébergé

Tél. portable/domicile :

Email :@.....

Lieu de vie de l'enfant :

Situation familiale

Parents séparés ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, mode de garde de l'enfant :

Fratrie :

Scolarité

Classe :

Nombre de jours d'école manqués du fait des douleurs sur les 12 derniers mois :

Réseau Ville Hôpital Lutter Contre la Douleur (LCD)

10-18 rue des Terres au Curé - 75013 Paris – Tel 01 43 41 14 00 – Fax 01.82.83.70.90

Email : secretariat.lcd@reseau-lcd.org - Site Web : www.reseau-lcd.org



DONNEES MEDICALES

Pathologie douloureuse :

Localisation de la douleur :

Fréquence de la douleur :

Diagnostic lié à la douleur : ☐ migraine ☐ céphalées de tension ☐ Autre (précisez...)

Antécédents médicaux / familiaux :

Prématurité ☐ Oui ☐ Non (terme :) Croissance staturopondérale normale ☐ Oui ☐ Non

Si non : précisez

ATCD Médicaux :

ATCD chirurgicaux :

ATCD d'hospitalisation :

Allergie/CI médicamenteuse : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

ATCD Familiaux :

Histoire de la maladie (date d'apparition des douleurs...) :

Merci de joindre les CR

Bilan réalisé :



Ensemble
face à la
Douleur Chronique

TRAITEMENTS PRESCRITS EN COURS

Nom	Posologie	Date de début	Effets indésirables

PROFESSIONNELS DE SANTE DU PATIENT

Spécialité	Nom et Prénom	Adresse	Tél/ email
	Nom : Prénom :		Tél : Mail:
	Nom : Prénom :		Tél : Mail:
	Nom : Prénom :		Tél : Mail: