DEMANDE DE RENDEZ-VOUS POUR EVALUATION ET TRAITEMENT DES DOULEURS CHRONIQUES

Numéro unique : 02 98 34 76 89

Fax 02 98 34 78 32/Mail : consultations.anti.douleur@chu-brest.fr

Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, CHRU de BREST Responsable : Dr QUINIO	
Madame Réjane BERTIN (Secrétaire médicale) Madame Fanny MILLER (Psychologue, hypnothérapeute) Madame Fabienne BROSETA (Infirmière, hypnothérapeute) Madame Fanny OMNES (Assistante Sociale) Docteur Bertrand QUINIO (Anesthésiste, algologue, Hypnothérapeute) Docteur Philippe LE MOINE (Pédiatre, algologue, hypnothérapeute)	Docteur Céline JACOB (Médecin algologue) Docteur Céline BODERE (Odontologue) Docteur Anaïs LEFUR-BONNABESSE (Odontologue) Docteur Charles PELTIER (Neurochirurgien) Docteur Florian STEPHAN (Psychiatre) Docteur Adeline FOURNIER (Médecine manuelle)
Consultation de douleur chronique, Hôpital des Armées de BREST Responsable : Dr BINARD	
Mme Janaïna AZEVEDO (Psychologue) Mme Fanny CAPPE-KERBART (Psychologue) Mme C. DAMOY (infirmière, hypnothérapeute)	Docteur Marie BINARD-DORSNER (Médecin algologue) Docteur Séverine BOUCHIAT (Psychiatre) Docteur Dominique TARDY (Médecin rééducateur, Réserviste du SSA)
Consultation avancée de douleur chronique du CHU, CH des Pays de Morlaix Responsable : Dr JACOB	
Madame Alexandra CORDIER (Infirmière) Madame Valérie CORRE (Infirmière) Madame Marlène BLOC'H (Psychologue)	Docteur Céline JACOB (Médecin algologue) Docteur Charles PELTIER (Neurochirurgien)

La « consultation-douleur » s'adresse aux patients souffrant de **douleurs chroniques (évoluant depuis plus de 3 mois).** Les objectifs de la prise en charge sont:

- Donner un éclairage sur l'origine de la douleur,
- Évaluer le retentissement de cette douleur chronique sur le plan socio-professionnel, scolaire, familial et psychologique

- Proposer une prise en charge globale, médicamenteuse et non médicamenteuse, au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Le délai de première consultation est actuellement **de 1 an, délai diminué pour urgence identifiée** (ex : Douleur après Zona, douleur liée à un cancer, douleur post chirurgicale).
Pour obtenir un rendez-vous et nous permettre d'évaluer au mieux votre douleur, vous devez nous **retourner les parties A et B de votre dossier dument remplies :**

- La partie A du dossier est **à remplir par vous-même**
- La partie B du dossier est **à remplir par le médecin** qui vous adresse ou votre médecin traitant.

Ce n'est qu'après réception de ce **dossier complet** que vous recevrez, par courrier, une convocation mentionnant la date et l'heure de votre rendez-vous.
Le jour de votre consultation il est indispensable **d'apporter les examens complémentaires (radio, IRM…) déjà réalisés** pour évaluer votre douleur.
Attention cette première consultation dure en général 1heure, prévoyez le temps nécessaire.
En cas d'empêchement, nous vous remercions de prévenir le secrétariat au minimum 48 heures avant la date prévue de votre consultation.

CHOIX du SITE DE CONSULTATION

Vous devez prendre Rendez-vous auprès de la consultation douleur la plus proche de votre domicile (voir l'annuaire de Bretagne*)
Si vous avez déjà été évalué(e) par une autre structure douleur, vous devez impérativement avoir une lettre du médecin douleur qui vous a reçu(e) faute de quoi aucun rendez-vous ne sera accordé

Concernant les sites de la **Cavale-Blanche et de Morlaix**, la 1ère consultation se fait avec un seul médecin de l'équipe. A l'issue de cette consultation, vous pouvez être orienté(e) vers un autre membre de l'équipe ayant des compétences différentes.

Concernant le site de **l'Hôpital des armées**, dès la 1ère consultation, vous rencontrez l'ensemble de l'équipe comprenant un médecin algologue, un psychiatre et un médecin rééducateur.

Le choix du site de consultation est laissé à votre appréciation ou celle du médecin qui vous adresse.
Merci de nous l'indiquer ci-dessous.

Merci de ne cocher qu'une seule case

1. **Centre d'Etude et Traitement de la Douleur, site de la Cavale-Blanche, CHRU de Brest,**

- Douleurs chroniques adultes ☐
- Douleurs chroniques pédiatriques (avant 18 ans) ☐
- Douleurs oro-faciales ☐

2. **Consultation de douleur chronique, HIA Clermont Tonnerre, Brest** ☐

3. **Consultation avancée de Douleur Chronique du CHU, CH des Pays de Morlaix** ☐

***Annuaire des autres consultations douleur de Bretagne**	
Clinique Mutualiste de LORIENT Responsable : Dr DY ; Tel : 02 97 64 81 58	**Centre Hospitalier de QUIMPER** Responsable : Dr CLAUDE ; Tel : 02 90 94 41 83
Centre Hospitalier de LORIENT Responsable : Dr CAUCHIE ; Tel : 02 97 06 72 52	**Centre Hospitalier de ST BRIEUC (et Paimpol)** Responsable : Dr LECOEUR ; Tel : 02 96 01 82 00
Clinique La Sagesse de RENNES Responsable : Dr BUSNEL ; Tel : 02 99 85 75 80 **CHU de RENNES** Responsable : Dr MENET ; Tel : 02 99 28 99 51	**Centre Hospitalier de VANNES (et Auray, Ploërmel, Belle-Ile)** Responsable : Dr ROULLET-CERTAIN ; Tel : 02 97 01 42 81

PARTIE A - PATIENT

A remplir vous-même puis **à retourner avec la partie B par courrier, par fax ou par mail au Centre de votre choix**

Centre de la Douleur Pôle 2 – Niveau 0-consultation B CHRU de la Cavale Blanche Boulevard Tanguy Prigent 29609 **BREST** Cedex Tel : 02 98 34 76 89 Fax 02 98 34 78 32 Mail : consultations.anti.douleur@chu-brest.fr	**Consultation de la Douleur** Site HIA Clermont Tonnerre 8 rue du Colonel Fonferrier 29240 **BREST** Cedex Tél : 02 98 43 73 01 Fax 02 98 43 75 04	**Consultation de la Douleur** Site CH Pays de Morlaix 15 rue Kersaint Gilly BP 97237 29672 **MORLAIX** Cedex Tél. 02 98 62 62 83 Fax : 02 98 62 62 28

Date de la demande :

Vos coordonnées

Nom d'usage : ……Nom de naissance :……
Prénom : …… Date de naissance : ……
Adresse : …… Code postal : ……
Ville : ……..
Téléphone : ……
Mail : ……

Votre situation professionnelle et administrative actuelle

Profession : ……
Arrêt de travail en lien avec la douleur : OUI ☐ NON ☐
si OUI, depuis quand :……

Votre douleur est-elle liée à un accident de travail : OUI ☐ NON ☐
si OUI, date de l'accident : ……

Votre douleur entre-t-elle dans le cadre d'une maladie professionnelle : OUI ☐ NON ☐

Avez-vous été suivi dans une consultation douleur auparavant ?

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, coordonnées de la consultation:……

Merci de cocher la ou les réponses à ces 2 questions

1- Par qui a été envisagée cette consultation-douleur ?

☐ Vous
☐ Votre médecin traitant
☐ Un médecin autre que votre médecin traitant (précisez) : ……..

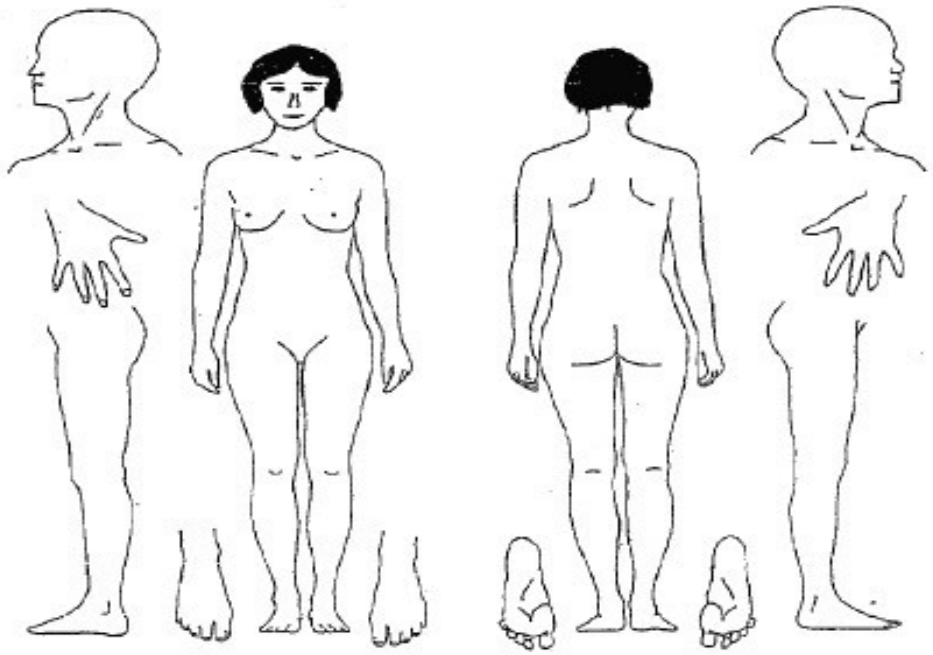
2- Qu'attendez-vous de cette consultation ?

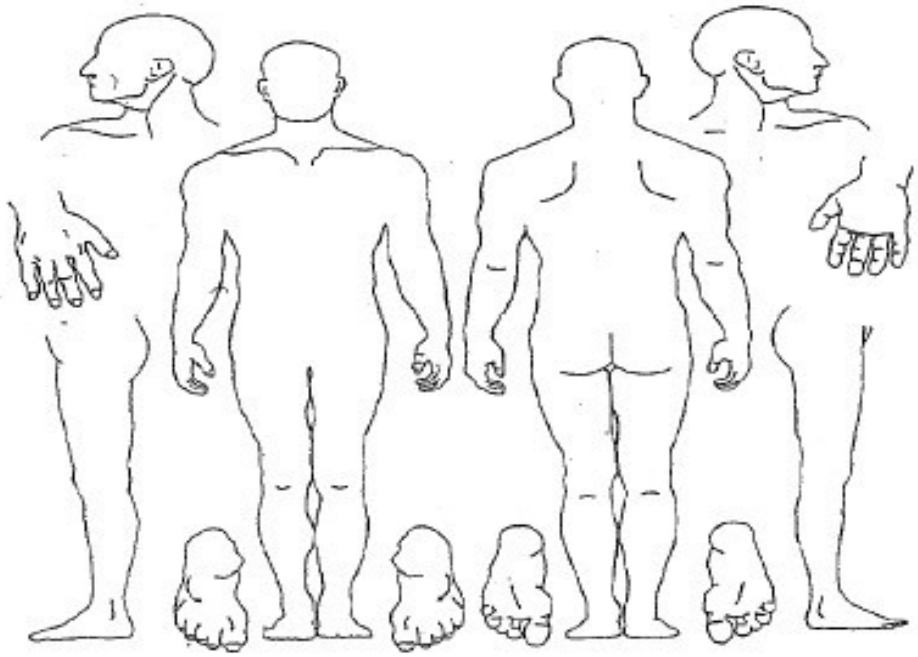
☐ Un éclairage diagnostique
☐ Une réévaluation de votre traitement médicamenteux
☐ Une aide non médicamenteuse pour mieux gérer la douleur
☐ Autre chose

……
……
……

Localisation et intensité de votre douleur

Couleur	Douleur
Rouge	Très intense
Jaune	Intense
Vert	Moyenne
Bleu	Faible





Document à remplir par votre médecin à qui les comptes-rendus de consultations seront adressés.
Votre médecin traitant reste votre médecin référent tout au long de la prise en charge qui se fait avec son étroite collaboration.

PARTIE B - MEDECIN

1- Type ou étiologie de la douleur motivant la consultation

……
……

2- Votre patient est-il en ALD ?

☐ OUI ·NON

Si OUI pour quel(s) pathologie(s) ?……

3- Antécédents principaux du patient

……
……
……
……
……
……

4- Motifs de la consultation

☐ Avis diagnostique

☐ Réévaluation du traitement médicamenteux

☐ Demande de prise en charge non médicamenteuse (ostéopathie, hypnothérapie, psychothérapie, electroneuromodulation…)

☐ Autres :……

5- Examens complémentaires réalisés pour l'exploration de cette douleur (ou double des comptes rendus)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

6- Spécialistes consultés pour cette douleur (rhumatologue, chirurgien, neurologue, interniste, psychiatre…)

Merci de joindre les comptes rendus de consultation ou d'en donner la conclusion

……
……
……
……
……
……
……

7- Le(a) patient(e) a-t-il déjà été hospitalisé(e) pour cette douleur ou déjà suivi(e) par une autre consultation douleur?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez : ……
……
……
……
……
……
……
…

8- Médicaments déjà essayés pour soulager cette douleur

☐ Paracetamol	☐ Tramadol	☐ Pregabaline (Lyrica)	☐ CBD ou THC (avec ou sans Prescription)
☐ Aspirine	☐ Codéine	☐ Gabapentine (Neurontin)	☐ Versatis
☐ Anti-inflammatoire	☐ Opium (Lamaline, Izalgi)	☐ Carbamazepine (Tegretol)	☐ Qutenza
☐ Corticoïdes	☐ Morphine (skenan)	☐ Amitriptyline (Laroxyl)	Autre :……
☐ Néfopam (Acupan)	☐ Oxycodone (oxycontin)	☐ Duloxetine (Cymbalta)	……
	☐ Fentanyl patch		……
	☐ Fentanyl transmuqueux		

9- Traitements médicamenteux en cours (ou joindre l'ordonnance)

……
……
……
……
……
……
……

10- Remarques qui pourraient aider à l'évaluation et la prise en charge :

……
……
……
……
……
……
……

Cachet du médecin

En vous remerciant vivement de votre collaboration, veuillez agréer, cher collègue, l'expression de nos sentiments distingués.

L'équipe soignante du CETD