



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'Etude et Traitement de la Douleur, CHRU de BREST

Responsable : Dr Quinio

Madame Réjane BERTIN (Secrétaire)
Madame Fanny MILLER (Psychologue, hypnothérapeute)
Madame Fabienne BROSETA (Infirmière, hypnothérapeute)
Docteur Bertrand QUINIO (Anesthésiste algologue, hypnothérapeute)
Docteur Charles PELTIER (Neurochirurgien)
Docteur Victor RODRIGUEZ (Neurochirurgien)

Docteur Florian STEPHAN (Psychiatre)
Docteur Céline BODERE (Odontologue)
Dr Anaïs LEFUR-BONNABESSE (Odontologue)
Docteur Arnaud PHILIP (Médecine manuelle)
Docteur Philippe LE MOINE (Pédiatre algologue, hypnothérapeute)

Consultation de douleur chronique, Hôpital d'Instruction des Armées Clermont Tonnerre, BREST

Responsable : Dr Binard-Dosner

Docteur Marie BINARD-DORSNER (Médecin algologue)
Docteur Séverine BOUCHIAT (Psychiatre)
Docteur Dominique TARDY (Médecin rééducateur)
Mme Janaina AZEVEDO (Psychologue)
Mme M. LASTENNET (infirmière) Mme C. DAMOY (infirmière, hypnothérapeute)

La « consultation-douleur » s'adresse aux patients souffrant de douleurs chroniques rebelles (évoluant depuis plus de 3 mois).

Les objectifs de la prise en charge sont de :

- 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.

Les délais de consultations varient actuellement entre 3 et 8 mois.

Parfois, ces délais peuvent être raccourcis en fonction du degré d'urgence évalué par les médecins du service ou à la suite d'un désistement.

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 dûment remplies :**

- La partie A du dossier est à remplir seul(e)
- 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 peut durer 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.

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

Sur Brest

Concernant le site de la **Cavale-Blanche**, la 1^{ère} 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'HIA**, dès la 1^{ère} consultation, vous rencontrez l'ensemble de l'équipe comprenant un médecin algologue, un psychiatre et un médecin rééducateur.

Le choix du site de consultation (site de la Cavale-Blanche ou site de l'HIA) 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 | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs chroniques pédiatriques (avant 18 ans) | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs oro-faciales | <input type="checkbox"/> |

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

3. Pas de préférence dans le choix du site

Vous serez alors orienté(e) en fonction des disponibilités et du type de douleur

***Annuaire des autres consultations douleur de Bretagne**

Lorient Clinique mutualiste

Responsable : Dr DY/Tel : 02 97 64 81 58

Lorient Hôpital

Unité Mobile – Non labellisée

Responsable : Dr Cauchie/Tel : 0297067252

Rennes – Clinique la Sagesse

Responsable : Dr Busnel/Tel : 02 99 85 75 80

Rennes – CHU

Responsable : Dr Menet

Quimper

Responsable : Dr Mabillet/Tel : 0290944183

Saint Briec (et Consultations avancées Paimpol)

Responsable : Dr Alipour/Tel : 0296018200

Vannes (et consultations avancées Auray, Ploërmel, Belle-Ile)

Responsable : Dr Rouillet Certain/Tel : 02 97 01 42 81

PARTIE A - PATIENT

A remplir seul(e) puis **à retourner avec la partie B par courrier, par fax ou par mail au centre brestois de votre choix**

Centre de la Douleur – Pôle 2 – Niveau 0
CHRU de la Cavale Blanche
Boulevard Tanguy Prigent
29609 Brest Cedex
Fax 02-98-34-78-32
Mail : consultations.anti.douleur@chu-brest.fr

Consultation de la Douleur
Site Clermont Tonnerre
8 rue du Colonel Fonferrier
29240 Brest Cedex
Fax 02-98-43-75-04

Date de la demande :

Vos coordonnées

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
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 en lien avec 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

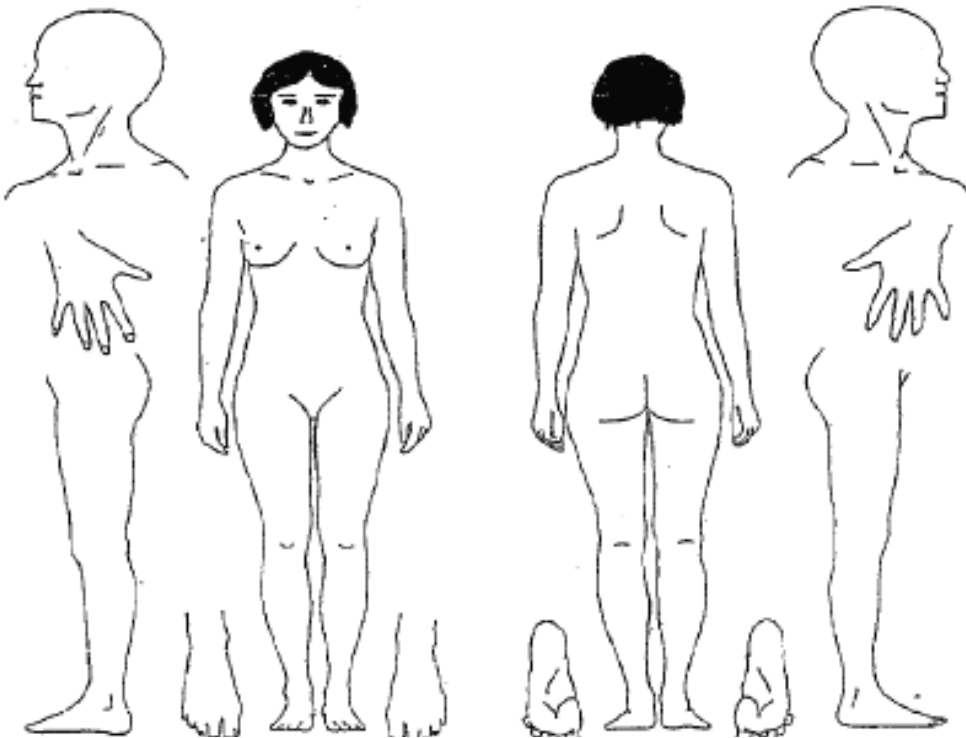
- 1- Par qui a été envisagée cette consultation-douleur ?
 Vous
 Votre médecin traitant
 Un médecin autre que votre médecin traitant (précisez) :
- 2- Qu'attendez-vous de cette consultation ?
 Un éclairage diagnostique
 Une réévaluation de votre traitement médicamenteux
 Une aide non médicamenteuse pour mieux gérer la douleur
 Autre chose :

Description de votre douleur

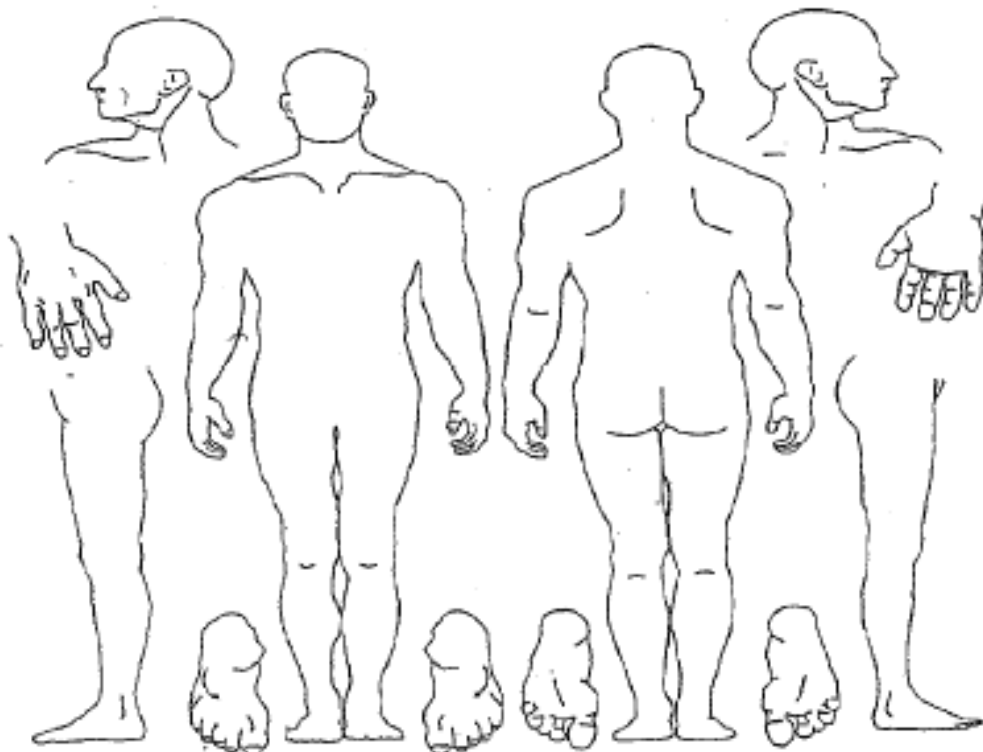
Localisez sur les schémas ci-dessous l'endroit où vous ressentez votre douleur en utilisant le code couleur proposé

Couleur	Douleur
Rouge	Très intense
Jaune	Intense
Vert	Moyenne
Bleu	Faible

FEMME



HOMME



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, électroneuromodulation...)

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 douleurs ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

8- Médicaments déjà essayés pour soulager cette douleur

Paracetamol <input type="checkbox"/>	Tramadol <input type="checkbox"/>	Oxycodone (oxycontin, <input type="checkbox"/>	Amitriptyline(Laroxyl) <input type="checkbox"/>
Aspirine <input type="checkbox"/>	Paracetamol/tramadol <input type="checkbox"/>	oxynormoro) <input type="checkbox"/>	Duloxetine (Cymbalta) <input type="checkbox"/>
Anti-inflammatoire <input type="checkbox"/>	Codeine <input type="checkbox"/>	Fentanyl patch (durogesic) <input type="checkbox"/>	Cabamazepine(Tegretol) <input type="checkbox"/>
Corticoïdes <input type="checkbox"/>	Opium(Lamaline, <input type="checkbox"/>	CBD ou THC (avec ou sans <input type="checkbox"/>	Versatis <input type="checkbox"/>
Nefopam(Acupan) <input type="checkbox"/>	Izalgi) <input type="checkbox"/>	prescription) <input type="checkbox"/>	Qutenza <input type="checkbox"/>
	Morphine(skenan, <input type="checkbox"/>	Pregabaline (Lyrica) <input type="checkbox"/>	Autre :.....
	actiskenan) <input type="checkbox"/>	Gabapentine (Neurontin) <input type="checkbox"/>
		

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