

PROFESSIONNELS DE SANTE DU PATIENT

Motif de l'inclusion dans le Réseau LCD :

.....

Cochez SVP le
 médecin adressant
 le patient

Orientation ETP

(à remplir par professionnel de santé si formé à l'ETP)

- Oui**, le diagnostic éducatif :
 est effectué et je le joins à ce dossier
 doit être effectué par l'équipe de coordination
- Non** (précisez le motif SVP) :

	Nom et Prénom	Adresse	Tél/ email
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> Spécialiste :	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> Spécialiste :	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> Spécialiste :	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
Kinésithérapeute...	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
Infirmière :	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
AUTRE :	Nom : Prénom :	N°....., rue..... CP: Ville :	Tél : Email :

PATIENT	Plan Personnalisé de Santé N° :
Nom :	Prénom :
Date :	

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

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Algie vasculaire | <input type="checkbox"/> Algodystrophie/causalgie | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Céphalée | <input type="checkbox"/> Douleur pelvienne | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | |
| <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Névralgie du V | <input type="checkbox"/> Pathologie lombaire | |
| <input type="checkbox"/> Rhumato-inflammatoire | <input type="checkbox"/> Séquelles de chirurgie | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Antécédents médicaux :

.....

.....

Histoire de la maladie (merci de joindre les copies des CR si pathologies spécifiques) et examens complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Examens complémentaires effectués :		
Bilan biologique :		<input type="checkbox"/> Bilan rhumatismal
Bilan radio :	<input type="checkbox"/> TDM/IRM	<input type="checkbox"/> Autre.....
<input type="checkbox"/> Douleur neuropathique	Douleur nociceptive : <input type="checkbox"/> Mécanique <input type="checkbox"/> Inflammatoire <input type="checkbox"/> Mixte	Douleur musculaire : <input type="checkbox"/> Zone gâchette <input type="checkbox"/> Tension musculaire
Temps de marche :		Temps assis :
Temps debout :		Temps allongé :

	Nom	Posologie	Durée	Effets indésirables
Traitements prescrits en cours				
Traitements passés				