

**DOSSIER DE DEMANDE D'INCLUSION DANS LE RÉSEAU LCD**

Données administratives et socio professionnelles

**Médecin incluant :** Dr ..... Spécialité : .....  
 Je suis le médecin traitant

**Motif de l'inclusion dans le réseau lcd :**

1) **Programme ETP :**  Relaxation/hypnose /pleine conscience  en groupe ou  individuel  
 Remise en mouvement  Gestion des médicaments  Mécanismes des douleurs

ou

2) **Situation complexe nécessitant un regard pluriprofessionnel en**  RCP ou  PLURI

ou

3) **Recherche d'un correspondant :** Profession du correspondant : .....  
 Zone géographique du correspondant : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Sexe :  F  M Inclusion : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_  
 Adresse : ..... Code Postal : \_\_\_\_  
 Ville : .....  Logement social /hébergé  
 Tél. domicile : \_\_\_\_ Email : .....@.....  
 Tél. portable : \_\_\_\_ Langue parlée (si non francophone) : .....

**Situation familiale :**  Marié(e)  Pacsé(e)  Vie maritale  Célibataire  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  
 Accompagnant : .....  
 Nombre d'enfants : ..... dont à charge (précisez âge) : .....

**Personne à prévenir :** Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
 Tél. : .....

N° sécurité sociale : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**Régime de base :**  Général  Agricole (MSA)  Indépendant (RSI)  
 Régimes spéciaux : RATP/EDF/.....  Protection Universelle Maladie  AME

**Régime complémentaire :**  Mutuelle  ALD  CMU complémentaire

**Autres ressources :**  RSA  Allocation Chômage  Indemnités journalières  Allocations familiales  
 AAH  Pension retraite  Pension invalidité  Autre : .....

**Niveau d'études :**  Non diplômé  CAP/BEP  Baccalauréat  Etudes supérieures

**Profession :** .....  
 Port de charges lourdes au travail ou  Poste sédentaire (assis)

Occupe un poste à :  Temps plein  Temps partiel  Missions ponctuelles/intérim

Ne travaille pas :  Chômage  Etudiant(e)  Retraité(e)  Sans Profession  
 Reclassement professionnel en cours

**Litige avec :**  Assurance  La Sécurité Sociale  Employeur  Autre : .....  
 Expertise en cours

**Statut & droits :**

**Incapacité suite à :**  Accident du travail  Maladie professionnelle  
 depuis le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ IPP :  >10%  >50%  >67%  
 Arrêt maladie  Arrêt longue maladie  Mi-temps thérapeutique

**Handicap (MDPH) depuis le** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Taux \_\_\_\_ %  RQTH  PCH

*A remplir par le réseau LCD*

**SCORE EPICE :**

PROFESSIONNELS DE SANTE DU PATIENT

	Nom et Prénom	Adresse	Tél/ email
<b>Médecin traitant</b>	Nom : Prénom :	..... CP: ..... Ville : .....	Tél : Email:
<b>Spécialiste :</b> .....	Nom : Prénom :	..... CP: ..... Ville : .....	Tél : Email:
<b>Spécialiste :</b> .....	Nom : Prénom :	..... CP: ..... Ville : .....	Tél : Email:
<b>Spécialiste :</b> .....	Nom : Prénom :	..... CP: ..... Ville : .....	Tél : Email:
<b>Kinésithérapeute...</b> .....	Nom : Prénom :	..... CP: ..... Ville : .....	Tél : Email:
<b>Infirmière :</b>	Nom : Prénom :	..... CP: ..... Ville : .....	Tél : Email:
<b>AUTRE :</b> .....	Nom : Prénom :	..... CP: ..... Ville : .....	Tél : Email :
<b>AUTRE :</b> .....	Nom : Prénom :	..... CP: ..... Ville : .....	Tél : Email :
<b>AUTRE :</b> .....	Nom : Prénom :	..... CP: ..... Ville : .....	Tél : Email :

**PATHOLOGIES LIÉES A LA DOULEUR**

(à remplir par le professionnel de santé)

- Algie vasculaire     Céphalée     Migraine     Névralgie du V  
 Algodystrophie/causalgie     Arthrose     Cancer     Fibromyalgie     Pathologie lombaire  
 Séquelles de chirurgie     Rhumato-inflammatoire     Autre : .....

**Antécédents médicaux :** .....

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

**Activités physiques pratiquées :** Sport(s) : .....

Autre : .....

**Examens complémentaires effectués :**

Bilan biologique : .....  Bilan rhumatismal

Bilan radio :  TDM/IRM     Autre.....

**La douleur :**

- Douleur neuropathique ou Douleur nociceptive :  Mécanique     Inflammatoire     Mixte  
ou Douleur musculaire :  Zone gâchette     Tension musculaire

Temps de marche : .....

Temps assis : .....

Temps debout : .....

Temps allongé : .....

	Nom	Posologie	Durée	Effets indésirables
Traitements prescrits en cours				
Traitements passés				