

DONNEES ADMINISTRATIVES & SOCIO PROFESSIONNELLES

Date demande inclusion :/...../.....

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

N° sécurité sociale : ... /..... /..... /..... /...../...../...../...../...../.....

Régime : Général Agricole Indépendant (RSI) Autre(RATP)

Adresse :

..... Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Autre :

Nombre d'enfants : dont à charge (précisez âge) :

Personne à prévenir :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tél. :

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

Profession :

En activité : Temps plein Partiel Mi-temps Thérapeutique

Sans Profession Etudiant(e) Retraité(e)

Inactivité depuis le/...../..... pour le motif suivant :

Chômage Arrêt maladie Accident du travail

Invalidité AAH MDPH : Catégorie

Prise en charge Sécurité Sociale :

RSA CMU ALD ALD 30 Mutuelle

Litige avec : La sécurité sociale Assurance Employeur Autre

Expertise en cours

Au travail : Port de charges lourdes Poste sédentaire (assis)

Activités physiques :

Sport(s) :

Bricolage : Jardinage : Autre :

PROFESSIONNELS DE SANTE DU PATIENT

(à remplir par le professionnel de santé)

Motif de l'orientation vers 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:
<input type="checkbox"/> Spécialiste :	Nom : Prénom :	N°, rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	Nom : Prénom :	N°, rue..... CP: Ville :	Tél : Email:
<input type="checkbox"/> Infirmiere	Nom : Prénom :	N°, rue..... CP: Ville :	Tél : Email :

<u>PATIENT</u>	<i>Plan Personnalisé de Santé N° :</i>
Nom :	Prénom :

PATHOLOGIES LIEES 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 neuropathique | <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"/> Autres : | |

Localisation de la (ou des) douleur(s) :

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

Antécédents médicaux :

Bilan biologique et radio :			
<input type="checkbox"/> Vit D	<input type="checkbox"/> Ostéo-densitométrie	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/> TSH, T4L
<input type="checkbox"/> Bilan rhumatismal	<input type="checkbox"/> TDM	<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/> Autre
Douleur nociceptive :		Douleur musculaire :	
<input type="checkbox"/> Mécanique inflammatoire	<input type="checkbox"/> Mixte	<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 & passés				