Vivalia
Votre santé, notre quotidien

Centre de la Douleur

DEMANDE DE CONSULTATION Libramont/Bastogne/Arlon

□ Douleur transitionnelle (<6 mois) □ Consultation pré-technique

☎ 063/55 13 12

Identification du patient :

NOM : ……

PRENOM : ……..

DATE DE NAISSANCE : ….. / ….. / ……

TEL : ……

Date de la demande : ….. / ….. / ……

Médecin prescripteur

Cachet Signature

Durée des douleurs □ ≤ 3 mois □ 3 - 6 mois □ 6 - 12 mois (remplir verso) □ > 12 mois (remplir verso)

Accident de travail □ Oui □ Non

Motif de la référence

□ Avis médical
□ Technique ciblée : ……
□ Médication / ajustement
□ Autre, spécifier : ……

Impression diagnostique

□ Cervico-brachialgie ou lombosciatalgie avec diagnostic confirmé par l'imagerie
□ Douleur cancéreuse sévère et réfractaire aux traitements
□ Zona – DPN – Douleurs neuropathiques
□ Douleur postopératoire persistante
□ Syndrome douloureux régional complexe
□ Douleur chronique réfractaire
□ Autres : ……

Localisation principale

□ Tête	□ Région thoracique	□ Membres inférieurs
□ Région cervicale	□ Région abdominale	□ Douleur généralisée
□ Région dorsale	□ Région pelvienne	□ Gynécologique / urologique
□ Région lombaire	□ Membres supérieurs	□ Autres : ……

Histoire clinique

……

……

……

Histoire de la condition douloureuse

Circonstance d'apparition de la douleur	**Autres conditions douloureuses**
□ Accident, spécifier : …….. □ Chirurgie, spécifier : …….. □ Maladie, spécifier : …….. □ Autre, spécifier : ……	□ Fibromyalgie, spécifier : …… □ Autre, spécifier : …….

Autres conditions de santé

Santé physique	**Santé psychologique**	
□ Diabète □ Cancer □ Présent □ Passé □ Maladie cardiovasculaire □ Maladie auto-immune, spécifier : …… □ Trouble cognitif □ Autre, spécifier : …… ……	□ Abus de substances : …… …… □ Dépression □ Stress post-traumatique □ Autre, spécifier : …… ……	Anticoagulants : □ Oui □ Non Allergies : …….. …… ……

Cocher et inclure les rapports d'investigation et de consultation pertinents

	Complété	A venir		Complété	En cours	A venir
Investigations médicales			**Consultations spécialisées (en dehors de Vivalia)**			
Laboratoire	□	□	Rhumato	□	□	□
Radiologie	□	□	Neurologue	□	□	□
Nucléaire	□	□	Médecine physique	□	□	□
IRM	□	□	Orthopédiste	□	□	□
TDM	□	□	Autres : ……..	□	□	□
Interventions médicales pour le problème douloureux			**Approches thérapeutiques**			
Bloc, spécifier : …….. ……	□	□	Kiné/Ergothérapie	□	□	□
			Traitement psychologique	□	□	□
Chirurgie, spécifier : …… ……	□	□	Traitement psychiatrique	□	□	□
Autre, spécifier : …… ……	□	□	Autre, spécifier : ……	□	□	□

Médication déjà tentée – Joindre la liste actuelle des médicament(s)

□ AINS : …… □ Antidépresseurs : …….. □ Autre : …… ……	□ Anti-épileptiques : …….. □ Opioïdes : …….. □ Tramadol : …….. □ Autre : ……