

### Annexe 3. Formulaire d'adressage à une structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur chronique par les soins primaires

Date de rédaction  
de la demande : .....

Date de réception de l'auto-  
questionnaire du patient : .....

#### Patient

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

#### Médecin adresseur

Nom et prénom : .....

Spécialité : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

**Médecin traitant** (coordonnées, si différentes de l'adresseur) :

**Évaluation préalable réalisée en ambulatoire** (documents à joindre) :

- Grille d'évaluation d'une douleur chronique en soins primaires, HAS
- Auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires, HAS
- Traitements en cours (copie de l'ordonnance)
- Autres documents (à préciser) :

#### LES ATTENTES DU MÉDECIN ADRESSEUR

**Modalités d'intervention de la SDC souhaitées**

- Avis téléphonique
- Concertation sur dossier
- Téléconsultation (avec le patient)
- Télé-expertise (avec le médecin)
- Consultation du patient en présentiel en SDC
- Autre (à préciser) : .....

## LES ATTENTES DU MÉDECIN ADRESSEUR

Types d'interventions de la SDC souhaitées (plusieurs choix possibles)

- Avis diagnostique
- Avis thérapeutique
- Évaluation et, au besoin, prise en charge spécialisée en SDC
- Accès à une technique spécifique (à préciser) : .....
- Aide à la coordination du parcours de santé
- Autre (à préciser) : .....

Commentaires éventuels

**Demande en urgence** (somatique, sociale ou autre)  oui  non

Si oui, justification du recours au dispositif coupe-file (obligatoire) :

.....

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA DEMANDE

**Aggravation récente du syndrome douloureux** (selon le médecin adresseur) :  oui  non

Date d'apparition initiale de la douleur motivant la demande : .....

**Diagnostic étiologique de la douleur**

- Connu** (à préciser) : .....
- Inconnu** (le cas échéant, hypothèse du médecin adresseur) : .....

**Situation déjà évaluée par un (des) spécialiste(s) de la douleur ?**  oui  non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

**Douleur déjà évaluée par un service hospitalier de spécialité ?**  oui  non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

**Comorbidités principales** (dont psychiatriques, avec si possible dates de début) :

**Risque ou situation addictive :**  oui  non

Si oui, préciser la(es)quelle(s) :

### Situation socio-professionnelle

- Arrêt de travail (préciser la date) : .....
- Invalidité (avec date de début) : .....  totale  partielle
- Poste de travail aménagé
- RQTH (avec date de début) : .....
- Chômage (préciser la date de début) : .....
- Retraite (préciser la date de début) : .....

**Situation socio-familiale** (à préciser si possible) :

Quelles sont selon vous les attentes principales du patient vis-à-vis d'une consultation spécialisée de la douleur chronique ?

.....

### RÉPONSE DU MÉDECIN DE LA SDC

**Consultation en urgence (coupe-file) :**  oui  non

### Modalités d'intervention proposées

- Avis téléphonique
- Réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) sur dossier
- Téléconsultation (avec le patient)
- Télé-expertise (avec le médecin)
- Consultation du patient en présentiel en SDC
- Autre (à préciser) : .....

Rendez-vous (consultation en présentiel ou de téléconsultation) proposé au patient (le cas échéant)

Date et heure : .....

Modalités : .....

Contact en distanciel (hotline, télé-expertise) proposé au médecin demandeur (le cas échéant)

Date et heure : .....

Modalités : .....

**Commentaires éventuels**

.....

**Les délais de prise en charge par la SDC**

Date de réception de la demande du médecin adresseur: .....

Date de réponse du médecin de la SDC : .....

Délais d'attente pour une première évaluation de la situation en SDC (le cas échéant) quelle qu'en soit la modalité :

.....