

Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

Hôpitaux Civils de Colmar, 39 Avenue de la liberté, 68000 COLMAR

Tél. : 03 89 12 48 89 Fax : 03 89 12 48 99

Mail : secretariat.cetd@ch-colmar.fr

Cher/Chère confrère,

Vous souhaitez nous adresser un de vos patients, nous vous remercions de bien vouloir renseigner le formulaire de demande de prise en charge ci-dessous et de nous le retourner selon l'une des modalités suivantes :

- Par voie postale :

Secrétariat du Centre de la Douleur

Hôpital LOUIS PASTEUR

Avenue de la liberté

68000 COLMAR

- Par mail : secretariat.cetd@ch-colmar.fr
- Par fax : 03 89 12 48 99

Après étude du dossier, une proposition de date de rendez-vous sera communiquée au patient.

Les délais de prise en charge de nouveau patients pouvant être longs, il est important de renseigner dans son intégralité ce document car il servira à établir si votre orientation vers le CETD est légitime et d'ajuster au mieux le délai de prise en charge de votre patient.

De plus, tout patient qui bénéficie d'une structure douleur de proximité, pourra voir se refuser l'accès au CETD de Colmar, sauf demande spécifique argumentée et/ou justifiée par des besoins techniques et/ou compétences spécifiques non disponibles plus près de chez vous.

Vous trouverez l'annuaire des structures douleurs en France et en Alsace en cliquant sur ce lien :

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/grand-est>

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous nous portez.

L'équipe du CETD de Colmar

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AU CENTRE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DE DOULEURS CHRONIQUES

Adresse : Hôpital Louis Pasteur, 39 Avenue de la liberté, 68000 COLMAR

Mail : secretariat.cetd@ch-colmar.fr

Numéro Fax : 03 89 12 48 99

Chef de Service : Dr Yohann BOHREN

Date de la demande :

Docteur (prénom, nom, spécialité) :

Numéro de téléphone du cabinet/service :

Coordonnées du Patient :

Prénom : Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Type(s) de douleur :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lombalgies / sciatalgies | <input type="checkbox"/> Algodystrophie |
| <input type="checkbox"/> Céphalées / migraines / douleurs oro-faciales | <input type="checkbox"/> Douleurs périnéales |
| <input type="checkbox"/> Douleurs cancéreuses | <input type="checkbox"/> Douleurs viscérales |
| <input type="checkbox"/> Douleurs neuropathiques | <input type="checkbox"/> Douleurs rhumatologiques |
| <input type="checkbox"/> Idiopathique | |

Autre :

Motif de votre demande de prise en charge sur le CETD de Colmar :

.....
.....
.....
.....

Traitements antalgiques, gestes interventionnels et avis spécialisés déjà réalisés :

.....
.....
.....
.....

Le patient a-t-il déjà bénéficié de consultations spécialisées concernant ses douleurs (rhumatologue, chirurgien, neurologue, psychiatre...) ?

- Oui Non

Si oui, merci de joindre les comptes rendus en lien avec sa douleur actuelle.

Le patient a-t-il déjà été suivi dans une autre structure douleur ?

- Oui Non

Si oui, précisez :

La durée du suivi ou date de début - date de fin :

Quelles étaient les conclusions et propositions de traitement ?

.....
.....
.....

Indiquez la raison du changement de lieu de prise en charge :

.....
.....
.....

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AU CENTRE D'EVALUATION ET DE TRAITEMENT DE DOULEURS CHRONIQUES

Adresse : Hôpital Louis Pasteur, 39 Avenue de la liberté, 68000 COLMAR

Mail : secretariat.cetd@ch-colmar.fr

Numéro Fax : 03 89 12 48 99

Chef de Service : Dr Yohann BOHREN

Partie à compléter par le patient

Situation sociale et professionnelle :

En activité : Oui Non

Si oui, profession :

Si sans emploi, précisez votre situation socio-professionnelle :

En arrêt de travail A la retraite Au chômage

La douleur est-elle en lien avec un accident de travail : Oui Non

Si oui, date de l'accident :

La douleur a-t-elle été reconnue comme une maladie professionnelle :

Oui Non

Principaux antécédents médicaux-chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....

Traitements médicamenteux en cours (autres que les antalgiques) :

.....
.....

.....
.....

Quels sont vos attentes et objectifs concernant votre prise en charge au CETD ? (Exemple : reprendre une activité professionnelle, mieux gérer mes douleurs...)

.....
.....
.....
.....

Madame, Monsieur et Docteurs

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,
déclare accepter et comprendre qu'en prenant rendez-vous auprès du
CETD de Colmar, je m'engage à tenir mes engagements de présence et de
ponctualité.

En cas d'empêchement, je m'engage à prévenir le secrétariat au moins
48h avant (jours ouvrés) et je comprends qu'en cas d'absence non justifiée
et itérative, l'obtention d'un nouveau rendez-vous sera plus compliquée.

Signature :