



Hôpitaux Civils
de Colmar

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AU CETD

Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

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

Tel. : 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.

Ce document comprend deux volets. Le premier d'ordre médical, à remplir impérativement par le médecin adresseur, faute de quoi le dossier ne sera pas étudié et le second, d'ordre administratif à compléter par le patient.

Merci 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 argumentées ou/et justifiées 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 à l'adresse ci-dessous :

<https://www.douleurs.org/annuaire-de-la-douleur/>

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

Toute 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.unitedouleur@ch-colmar.fr

Numéro Fax : 03 89 12 48 99

Chef de Service : DR BOHREN Yohann

Volet Médical, à compléter par le médecin

Date de la demande :

Docteur (Nom, prénom, spécialité):

Numéro de téléphone du cabinet/service :

Nom du patient concerné :

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 | |
| <input type="checkbox"/> 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 sa/ses douleurs (rhumatologue, chirurgien, neurologue, interniste, 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 :

Quelle(s) étai(ent) la/les conclusions et proposition(s) de traitement ?

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

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

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

***Signature et cachet
du médecin***

**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.unitedouleur@ch-colmar.fr

Numéro Fax : 03 89 12 48 99

Chef de Service : DR BOHREN Yohann

Volet Administratif, Partie à compléter par le patient

Coordonnées :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Situation sociale et professionnelle :

En activité : oui non

Si oui, profession :

Si sans emplois, préciser votre situation socio-professionnelle :

en arrêt de travail à 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

Avez-vous déjà été opéré ? si oui, préciser :

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

Avez-vous d'autres problèmes de santé (cardiaque, respiratoire, rénal...) ?:

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

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 soussignée, 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 itératives l'obtention d'un nouveau rendez-vous sera plus compliqué.

Signature :