

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

### 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,

Pour nous adresser un de vos patients, nous vous prions de bien vouloir nous envoyer un courrier justifiant votre demande. Pour vous aider, vous trouverez en deuxième page, les éléments essentiels à renseigner.

Merci d'être le plus précis et complet possible car votre courrier servira à orienter la demande au sein du CETD et d'ajuster au mieux le délai de prise en charge de votre patient.

Une demande émanant du patient lui-même ne sera pas traitée.

Merci de nous adresser votre courrier 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, si la demande est acceptée, une proposition de rendez-vous sera communiquée au patient. Il viendra en consultation avec le volet « patient » complété.

Les délais de prise en charge de nouveau patients pouvant être longs, Il est important de renseigner de façon précise les raisons vous amenant à orienter le patient vers le CETD afin d'ajuster au mieux le délai de prise en charge.

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**  
**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

<b><i>Éléments à renseigner par le médecin dans son courrier</i></b>
--

- **Identité et coordonnées du médecin**
  
- **Identité et coordonnées du patient concerné**
  
- **Type(s) de douleur (*expl : lombalgies ; douleurs cancéreuses ; douleurs neuropathiques ; algodystrophie ; céphalées ; douleurs viscérales...*)**
  
- **Motif(s) de votre demande de prise en charge sur le CETD de Colmar**
  
- **Traitements antalgiques, gestes interventionnels déjà réalisés (préciser)**
  
- **Le patient a-t-il déjà bénéficié de consultations spécialisées concernant sa/ses douleurs (*rhumatologue, chirurgien, neurologue, interniste, psychiatre...*) ?**

*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 ?**

*Si oui, précisez :*

- *la durée du suivi*
- *la/les conclusions et proposition(s) de traitement ?*
- *la raison du changement de lieu de prise en charge*

- **Signature et cachet du médecin**

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**  
**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 emploi, 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 compliquée.

**Signature :**