



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 - mail : secretariat.cetd@ch-colmar.fr
Chef de Service : Dr BOHREN Yohann

Cher Confrère, Chère Consœur,

Afin de nous adresser un de vos patients, nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir un courrier justifiant votre demande. Nous vous remercions d'être le plus précis et complet possible ; votre courrier sera utile pour orienter la demande au sein du CETD et ajuster au mieux le délai de prise en charge de votre patient.

Votre demande, ainsi que les coordonnées complètes du patient, sont à adresser selon l'une des modalités suivantes :

- Par voie postale : Hôpitaux Civils de Colmar
 Centre de la Douleur
 39 avenue de la Liberté
 68000 COLMAR
- Par mail : secretariat.cetd@ch-colmar.fr

Après étude de votre courrier, si la demande est acceptée, une proposition de rendez-vous sera effectuée par notre secrétariat et communiquée au patient.

A titre informatif, les CETD étant sectorisés, tout patient qui bénéficie d'une structure douleur de proximité pourra se voir refuser une prise en charge au CETD de Colmar, sauf demande spécifique argumentée et/ou justifiée par le médecin adresseur.

Vous trouverez à l'adresse ci-dessous l'annuaire des structures douleur en France :
<https://www.douleurs.org/annuaire-de-la-douleur/>

Toute demande incomplète ou non argumentée ne pourra pas être prise en compte.



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
Hôpitaux Civils de Colmar - 39 avenue de la Liberté - 68000 COLMAR
Tel : 03 89 12 48 89 - mail : secretariat.cetd@ch-colmar.fr
Chef de Service : Dr BOHREN Yohann

Volet médical : éléments à renseigner impérativement par le médecin dans son courrier

- Identité et coordonnées du médecin
- **Histoire de la maladie, examens complémentaires, traitements ou prises en charge déjà entrepris**
- Si le patient a déjà été suivi dans une autre structure douleur, dossier complet à fournir

Volet administratif : éléments à compléter par le patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Téléphone(s) :

Adresse mail :