



TR1342

***Demande de consultation
Clinique de la gestion de la douleur***

CSSSTR – Volet Centre hospitalier
1991, boul. du Carmel, Trois-Rivières (Québec), G8Z 3R9
Téléphone : (819) 697-3333 # 63437
Télécopieur : (819) 378-9272

Date de l'apparition de la douleur: ____ (j) ____ (m) ____ (a) CSST SAAQ

Priorités

Description

P1 (urgent)

- Lombosciatalgie aiguë < 2 mois avec diagnostic **confirmé par l'imagerie**
- Zona < 12 mois
- Syndrome douloureux régional complexe < 12 mois
- Cervicobrachialgie aiguë < 2 mois avec diagnostic **confirmé par l'imagerie**
- Douleur postopératoire persistante < 6 mois
- Douleur cancéreuse sévère et réfractaire aux traitements

P2 (Semi urgent)

- Lombosciatalgie avec diagnostic **confirmé par l'imagerie entre 2 à 12 mois**
- Névralgie post-herpétique > que 12 mois
- Syndrome douloureux régional complexe > 12 mois
- Cervicobrachialgie avec diagnostic **confirmé par l'imagerie entre 2 et 12 mois**
- Douleur postopératoire persistante entre 6 et 12 mois
- Ostéoporose fracturaire d'apparition de moins de 8 semaines

P3 (Électif)

- Neuropathie
- Névralgie d'Arnold
- Fibromyalgie
- Douleur post trauma médullaire
- Cervicobrachialgie **confirmé par l'imagerie > 1 an**
- Lombosciatalgie **confirmé par l'imagerie > 1 an**

Priorité à définir

- Autres précisez : _____

Certains critères peuvent influencer la priorité indépendamment du diagnostic. L'incapacité fonctionnelle, le niveau de support, autant social que médical du patient ainsi que l'intensité de sa douleur, sont des critères pouvant influencer les priorités.

Investigation : L'ajout de ces documents à la demande de consultation assurera un suivi plus rapide et efficace.

- Résonance magnétique (CSSTR Autres)
- TDM (CSSSTR Autres)
- Scintigraphie osseuse (CSSTR Autres)
- Radiographie simple (CSSTR Autres)
- EMG (CSSTR Autres)
- Autre _____

S.V.P Joindre les examens (rapports) à la demande de consultation sauf si examen effectué au CSSSTR



TR1342

Nom : _____

No Dossier CSSSTR: _____

MÉDICATION : S.V.P joindre la liste des médicaments actuels ET inscrire ci-dessous seulement les médicaments anti-douleur essayés depuis le début du problème douloureux et la raison de l'arrêt.

Nom du médicament	date début et fin	raison de l'arrêt

Anticoagulant : oui non antiplaquettaire (sauf ASA) oui non
 Si oui, lequel : _____

Consultations antérieures pour problème de la douleur :

	Établissement	Date
Anesthésie <input type="checkbox"/>	_____	_____
Ergothérapie <input type="checkbox"/>	_____	_____
Physiatrie <input type="checkbox"/>	_____	_____
Physiothérapie <input type="checkbox"/>	_____	_____
Psychologue <input type="checkbox"/>	_____	_____
Autres <input type="checkbox"/>	_____	_____

Autres informations pertinentes:

Signature du MD : _____ Date : _____

Tout patient doit être accompagné d'un adulte responsable et ne pas conduire son véhicule.

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE PARTIE

urgent semi urgent électif

Md : _____ date: _____

Dossier évalué par inf : _____ date: _____

Commentaires :

Veuillez faire parvenir cette demande ainsi que les résultats des consultations et/ou des tests diagnostiques demandés à

Clinique de la douleur
Centre hospitalier universitaire affilié de Trois-Rivières
1991 Boul. du Carmel, Trois-Rivières G8Z 3R9 OU par télécopieur au (819) 378-9272
OU en venant la porter à l'Accueil de notre centre.

Toute demande incomplète ou illisible vous sera retournée. Celle-ci sera évaluée lorsque tous les renseignements nécessaires nous auront été acheminés.