

**Hôpital Bicêtre**

78, rue du Général Leclerc  
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE  
Téléphone : 01 45 21 21 21  
Télécopie : 01 45 21 20 97

Centre d'Evaluation et de  
Traitement de la Douleur  
de l'adulte et de l'enfant

☎ 01 45 21 37 44  
☎ 01 45 21 37 74

MEDECIN RESPONSABLE  
Dr Isabelle NEGRE

CONSULTATIONS ADULTES  
Dr Isabelle NEGRE  
Dr J-M RAZAFIMANDIMBY  
Dr A. SPASSOVA, auriculothérapeute  
Dr Tarika ISSAD, psychiatre  
☎ 01 45 21 37 44 (rendez-vous)

Dr Caroline LAVABRE,  
rhumatologue  
☎ 01 45 21 73 00 (rendez-vous)

SECRETARIAT MEDICAL  
Sandra QUERCY  
☎ 01 45 21 37 44  
✉ sandra.quercy@bct.aphp.fr

CADRE SUPERIEUR  
CADRE DE SOINS

EQUIPE INFIRMIERE  
Gloria OLIVEIRA  
Eduardo TRIS  
☎ 01 45 21 34 32

PSYCHOLOGUES  
Déborah HADDAD BAUDRY  
☎ 01 45 21 37 44

Bicêtre le

Cher Confrère,

Vous avez sollicité un rendez vous de consultation douleur pour votre patient.

Afin d'optimiser sa prise en charge nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et de l'envoyer avec votre dossier informatisé si nécessaire. Ce dossier remplacera le courrier de demande.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'en l'absence de ce document dûment rempli nous ne pourrions délivrer de rendez vous.

Veillez agréer, Cher Confrère, l'expression de mes cordiales salutations.

Dr I. NEGRE

**Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur**  
**Groupe Hospitalier Universitaire Paris Sud**  
78 rue du Général Leclerc  
94270 LE KREMLIN BICETRE  
Téléphone : 01 45 21 37 44  
Fax : 01 45 21 37 74

**Demande de consultation de prise en charge de la douleur chronique  
à remplir par le médecin**

Nom du patient : .....

Médecin adresseur :  Médecin traitant référent : Dr .....

Spécialiste non hospitalier : Dr .....

Spécialiste hospitalier : Dr .....

Service .....

**Quel est le motif de la consultation ?**

- Un avis simple
- Une prise en charge thérapeutique
- Un essai technique particulier (précisez) : .....

Autre (précisez)

**Quel est le diagnostic étiologique présumé de la douleur ?**

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

**Antécédents du patient (médicaux, chirurgicaux, traumatiques, psychiatriques)**

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

**Quels sont les examens complémentaires réalisés en rapport avec cette douleur ?**

*(Nature, date, résultats)*

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

**Traitements actuels complets:** *(Médicament, dose, efficacité, effets indésirables)*

Médicament	Dose/jour	Efficacité	Effet indésirable

**Pharmacodépendance :**  non  oui Médicament : .....

.....

**Traitements antalgiques antérieurs (médicaments ou autres) +++ TRES IMPORTANT**

*(Médicament, dose, durée du traitement, cause d'interruption)*

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

**Commentaires du médecin adresseur, difficultés rencontrées :**

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

**Date :**

**Nom du médecin :**  
**(tampon)**

**Signature**