

Formulaire de demande pédiatrique

pour un avis ou une consultation en structure douleur chronique
d'un enfant et d'un adolescent présentant une douleur chronique

Date de remplissage :

Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Adresse des parents si différente :

Parent 1

Parent 2

Médecin adresseur

Nom et prénom :

Spécialité :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Médecin traitant (coordonnées, si différentes de l'adresseur) :

Évaluation préalable réalisée en soins primaires (documents à joindre) :

- Compte-rendu de l'évaluation médicale initiale réalisée à l'aide de la grille d'évaluation pédiatrique
- Auto-questionnaire pédiatrique d'un enfant ou d'un adolescent présentant une douleur chronique
- Questionnaire PPST (*Pediatric Pain Screening Tool*)
- Traitements en cours (copie de l'ordonnance)
- Autres documents ou questionnaires (à préciser) :

LES ATTENTES DU MÉDECIN ADRESSEUR

Modalités d'intervention de la structure douleur chronique (SDC) souhaitées

- Avis téléphonique
- Réunion de synthèse ou réunion de concertation sur dossier
- Téléexpertise (avec le médecin)
- Téléconsultation (avec le patient et toujours en présence d'un soignant)
- Consultation du patient en présentiel en SDC
- Autre (à préciser) :

Types d'interventions de la SDC souhaités (plusieurs choix possibles)

- Avis diagnostique
- Avis thérapeutique
- Évaluation et, au besoin, prise en charge spécialisée en SDC
- Accès à une technique spécifique (à préciser) :
- Aide à la coordination du parcours de santé
- Autre (à préciser) :

Commentaires éventuels

Demande en urgence (somatique, sociale ou autre) oui non

Si oui, justification du recours au dispositif coupe-file (obligatoire) :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA DOULEUR

Aggravation récente du syndrome douloureux (selon le médecin adresseur) oui non

Date d'apparition initiale de la douleur motivant la demande :

Diagnostic étiologique de la douleur

Connu (à préciser) :

Inconnu (le cas échéant, hypothèse du médecin adresseur) :

Situation déjà évaluée par un (des) spécialiste(s) de la douleur ? oui non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

Douleur déjà évaluée par un service hospitalier de spécialité ? oui non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

Comorbidités principales de l'enfant (avec si possible date de début)

Antécédents familiaux (dont douleur chronique ou troubles psychiatriques)

Situation ou risque d'addiction oui non

Si oui, préciser la(es)quelle(s) :

INFORMATIONS SOCIALES, FAMILIALES ET SCOLAIRES

(mise à jour des informations du compte rendu de l'évaluation médicale initiale)

Situation scolaire

Classe :

Absentéisme scolaire oui non

Si oui, préciser sur les 3 derniers mois :

- Absentéisme scolaire < 5 jours/mois
- Absentéisme scolaire entre 5 et 10 jours/mois
- Absentéisme scolaire > 10 jours/mois
- Déscolarisation complète

Aménagements scolaires : oui non

Si oui, préciser :

- Aménagement d'emploi du temps
- PAI (projet d'accueil individualisé prescrit par le médecin pour la poursuite de la scolarité en milieu ordinaire)
- Cours à domicile ou CNED (dispositif d'accompagnement en présence sous la forme de répétitions à domicile)

Dossier MDPH (maison départementale pour les personnes handicapées) oui non

Si oui, pour quelle raison :

Situation socio-familiale (à préciser si possible) :

Quelles sont selon vous les attentes principales du patient vis-à-vis d'une consultation spécialisée en SDC ?

RÉPONSE DU MÉDECIN DE LA SDC

Consultation en urgence (coupe-file)

oui non

Modalités d'intervention proposées

Avis téléphonique

Réunion de synthèse Réunion de concertation sur dossier

Téléconsultation (avec le patient et toujours en présence d'un soignant)

Téléexpertise (avec le médecin)

Consultation du patient en présentiel en SDC

Autre (à préciser) :

Rendez-vous (consultation en présentiel ou de téléconsultation) proposé au patient

Date et heure :

Modalités :

Contact en distanciel (hotline, téléexpertise) proposé au médecin demandeur

Date et heure :

Modalités :

Commentaires éventuels

.....

Les délais de prise en charge par la SDC

Date de réception de la demande du médecin adresseur :

Date de réponse du médecin de la SDC :

Délais d'attente pour une première évaluation de la situation en SDC (le cas échéant), quelle qu'en soit la modalité :

.....