



**Centre Multidisciplinaire
d'Evaluation et de Traitement
de la Douleur Chronique**

Coordinateur
Pr Turgay Tuna

Coordinateur Adjoint
Dr Nathalie Van Cutsem

Anesthésiologie
Dr Nicolas Bernard
Dr Dragos-Ioan Chirnoaga
Dr Wendy Fernandez Villarreal
Dr Djamal Ghoundiwal
Dr Thomas Mirland
Dr Nathalie Natis
Dr Marie-Laure Nisolle
Dr Faouzi Seddik
Dr Ionut Tabolcea
Pr Turgay Tuna
Dr Nathalie Van Cutsem

Gynécologie-Obstétrique
Dr Maxime Fastrez

Médecine Physique
Dr Kambiz Minooee

Rhumatologie
Dr Joëlle Margaux

Orthopédie - Traumatologie
Dr Marc Jayankura
Pr Fabian Mounondo

Neurochirurgie
Dr Alphonse Lubansu
Dr Sophie Schuind

Neurologie
Pr Gauthier Remiche
Dr Louisien Lebrun

Lettre adressée au médecin traitant

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Nous vous remercions de nous confier votre patient pour une prise en charge multidisciplinaire au C.M.E.T.D.

Afin de pouvoir l'optimiser, nous souhaitons obtenir le rapport médical de votre patient ainsi qu'un résumé des protocoles, en relation avec la pathologie pour laquelle vous souhaitez cette prise en charge.

Le formulaire ci-joint nous permet d'avoir un maximum d'informations sur l'histoire médicale de votre patient et de préparer au mieux notre consultation multidisciplinaire.

Nous insistons également sur l'importance d'y indiquer votre adresse afin de faciliter le suivi du courrier et nos contacts ultérieurs.

Ces documents peuvent nous parvenir, soit par Email à l'adresse suivante : Cons.CMETD.erasme@hubruxelles.be, soit à l'Accueil du Centre ambulatoire IMEDIA (CAI), Route de Lennik 501, 1070 Bruxelles.

Une consultation sera rapidement fixée après la réception et l'analyse de ces documents.

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Chère Consoeur, Cher Confrère, nos salutations les meilleures.

Équipe médicale C.M.E.T.D.

Dr Salvatore Murgu
Pr Fadi Tannouri

Dr Monique Vander Elst

M Eric Brassinne
M Dominique Mouraux
M Bernard Poortmans
M Mathieu Tits
M Bastian Vermeyleen

Mme Isabelle Devreux

Mme Marie-Luce Latil
Mme Laura Maroye

M Sebastien De Clercq
Mme Sophie Petillon

Mme Régine Riquet

Mme Geraldine Decroliere

Mme Lynda Benammar

T 02 555 8400
M Cons.CMETD.erasme @hubruxelles.
be

T 02 555 3050
M SecMed.CMETD.erasme
@hubruxelles.be

T 02 555 3050

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
Code postal : Ville :
Téléphone :

Motif de consultation :

[illegible]

Examens réalisés dans le cadre de la mise au point :
(joindre protocole des examens réalisés)

Examen	Date	Conclusion

Antécédents :

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement habituel :

Nom	Dose	Durée du traitement

Traitement(s) antalgique(s) essayé(s) :

Nom	Dose	Durée du traitement

Date et signature

Cachet du médecin référent

Coordonnées du Médecin Référent

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

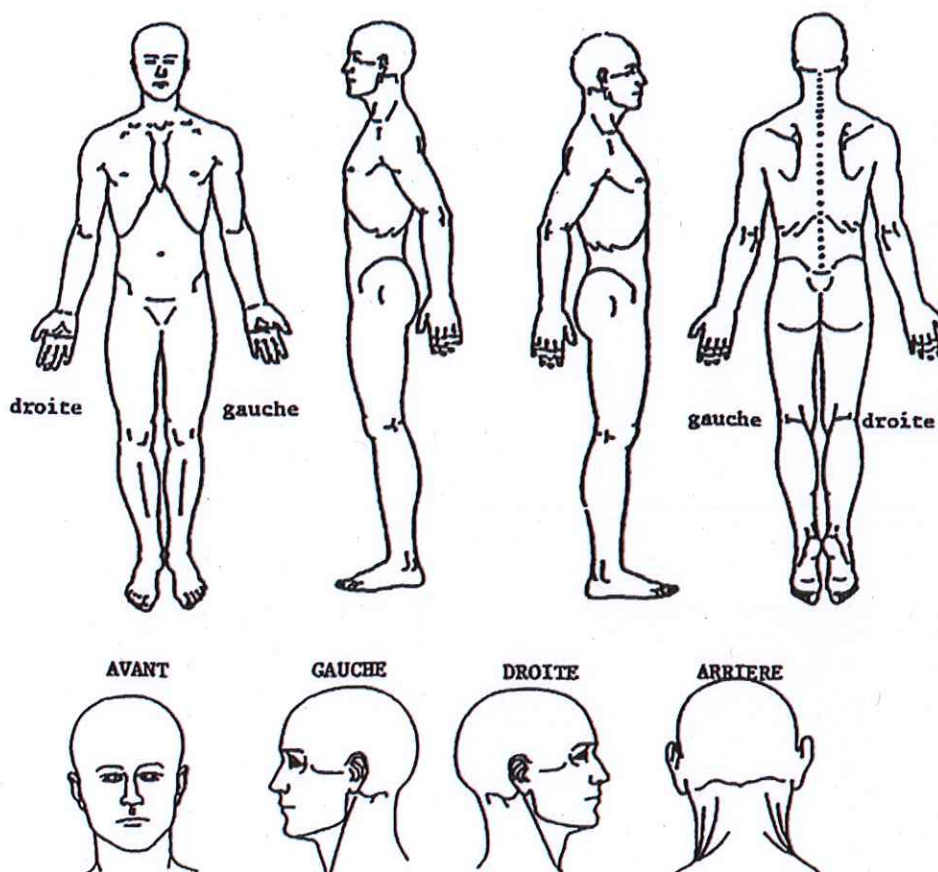
Téléphone :

Email :

QUESTIONNAIRE PATIENT DE DEMANDE DE PRISE

EN CHARGE AU CMETD (OBLIGATOIRE).

1) Hachurez sur le mannequin la ou les zones douloureuses.



2) La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?
(Cochez la réponse exacte)

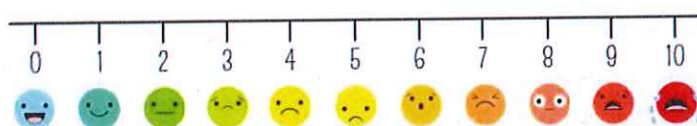
	Oui	Non
Brûlure		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		
Raideurs matinales		
Douleurs au repos		
Douleurs au mouvement		
Réveil nocturne par la douleur		

3) La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ? (Cochez la réponse exacte)

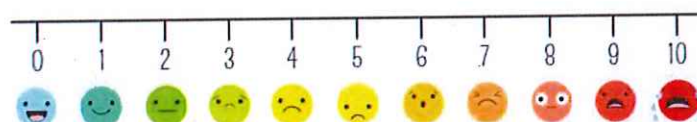
	Oui	Non
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissement		
Démangeaisons		

4) Tracer sur la ligne un trait vertical correspond à l'intensité de la douleur ressentie :

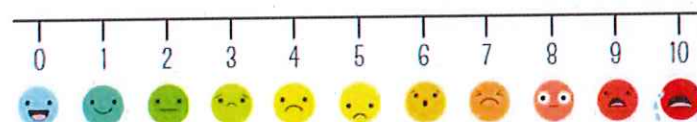
A) Au repos :



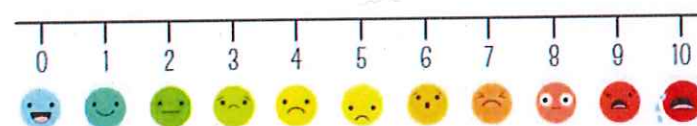
B) En mouvement :



C) Durant la nuit :



D) Au maximum (la plus forte) :



E) Au minimum (la plus petite) :



F) Dans quelles circonstances est-elle augmentée ?

-
-
-

5) Quels médicaments prenez-vous actuellement et comment décririez-vous leurs effets ?

6) Avez-vous déjà bénéficié d'infiltrations ? Si Oui, quand et pour quelle douleur ?

7) Avez-vous déjà été pris en charge dans un centre de la douleur ? Si oui, où et quand ?

- 8) Avez-vous déjà consulté des spécialistes pour votre douleur (Orthopédiste, Neurochirurgie, Rhumatologue, Neurologue, Médecine physique) ?
Si oui, lesquelles

-
-
-

- 9) Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge par un kiné ? Oui – Non
Si oui, qui et quand ?

- 10) Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge par un psychologue ? Oui – Non
Si oui, qui et quand ?

- 11) Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge par un ergothérapeute ? Oui – Non
Si oui, qui et quand ?

- 12) Retentissement de la douleur sur le quotidien. (Faites une croix dans la colonne correspondante)
(Très insatisfaisant : TI / Insatisfaisant : I / Satisfaisant : S / Très satisfaisant : TS)

	TI	I	S	TS
Votre vie, globalement, est				
Vos activités quotidiennes sont				
Votre vie de famille est				
Votre vie professionnelle est				
Vos relations avec vos amis sont				
Vos loisirs sont				
Votre situation financière est				
Votre état de vigilance (concentration) est				
Votre appétit est				
Votre sommeil est				