



**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 Moungondo

**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'optimaliser, 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.

**Radiologie interventionnelle**

Dr Salvatore Murgo  
Pr Fadi Tannouri

**Psychiatrie**

Dr Monique Vander Elst

**Centre de Revalidation**

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

**Ergothérapie**

Mme Isabelle Devreux

**Ostéopathie**

Mme Marie-Luce Latil  
Mme Laura Maroye

**Psychologie**

M Sébastien De Clercq  
Mme Sophie Petillon

**Soins infirmiers**

Mme Régine Riquet

**Assistance sociale**

Mme Geraldine Decroliere

**Pharmacie**

Mme Lynda Benamar

**Consultations Erasme**

T 02 555 8400

M Cons.CMETD.erasme @hubruxelles.

be

**Secrétariat Médical Erasme**

T 02 555 3050

M SecMed.CMETD.erasme  
@hubruxelles.be

**N° vert Médecins Généralistes**

T 02 555 3050

**Coordonnées du Patient**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

**Demande du Médecin Référent****Motif de consultation :**

.....

.....

.....

**Soins infirmiers** .....

Mme Régine Riquet .....

**Assistance sociale** .....

.....

**Pharmacie** .....

Mme Lynda Benamar .....

**\* 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 Référant**

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

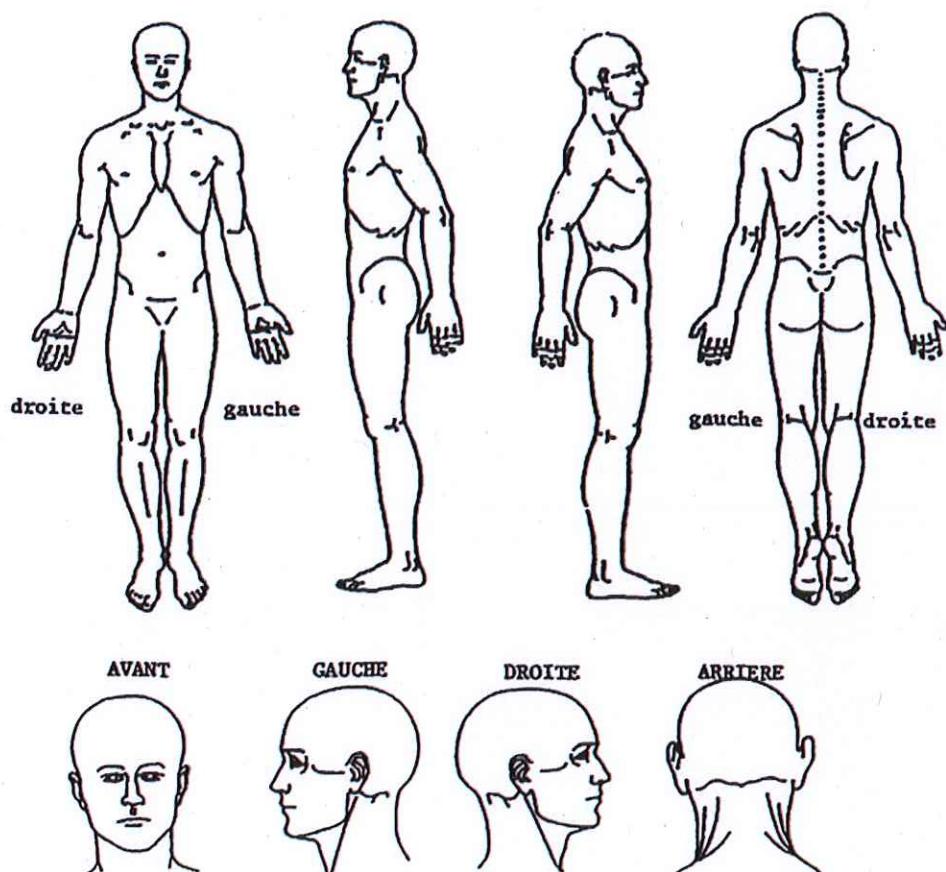
Ville : .....

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)

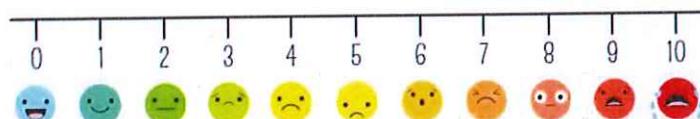
	Oui	Non
Brûlure		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		
Raideurs matinales		
Douleurs au repos		
Douleurs au mouvement		
Réveil nocturne par la douleur		

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

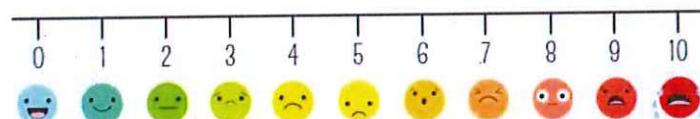
	Oui	Non
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissement		
Démangeaisons		

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

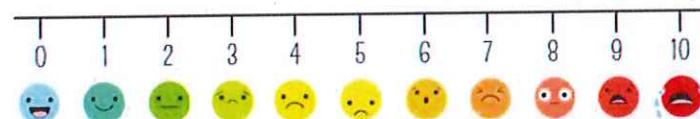
A) Au repos :



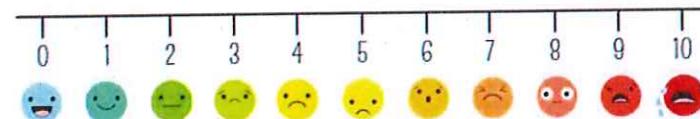
B) En mouvement :



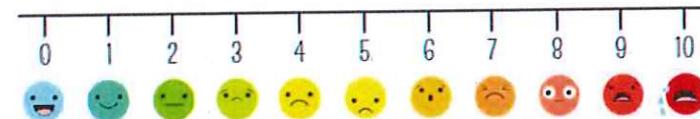
C) Durant la nuit :



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				