

**DEMANDE DE CONSULTATION
RÉFÉRENCEMENT VERS LE PROGRAMME
INTERPROFESSIONNEL DE DOULEUR
PERSISTANTE EN 1^{ÈRE} LIGNE**

DATE

Année | Mois | Jour

Double identité vérifiée

Date de naissance	Année	Mois	Jour	N° de dossier CLSC
N° d'assurance maladie				
Nom à la naissance		Prénom		
Adresse				
Ville	Code postal		N° de téléphone	
Nom de la mère		Prénom de la mère		
Nom du père		Prénom du père		

Territoire desservi

- Usagers de tout le CIUSSSE-CHUS

Points de service

- Hôpital Brome Missisquoi-Perkins, Cowansville
- CHUS Fleurimont, Sherbrooke

Procédure de communication vers l'Équipe interdisciplinaire

RLS	Téléphone	FAX	Adresse courriel
La Pommeraie	450-266-4342, poste 65072	450-266-5042	equipeinterdouleur1erligne.csslp16@ssss.gouv.qc.ca
Sherbrooke	819-346-1110, poste 14946	819-820-6466	equipeinterdouleur1erligne.chus@ssss.gouv.qc.ca

Inclusions : L'usager doit répondre à tous les critères

- Usager âgé de 18 ans et plus;
- Usager ambulant (capable de se déplacer en clinique);
- Usager sans médecin de famille;
- Usager apte à consentir aux soins et services;
- Usager présentant une douleur persistante depuis plus de 3 mois;
- Usager doit être à l'aise à communiquer et à comprendre le français. *Les ateliers sont disponibles en français seulement.
- Usager pouvant être disponible sur les heures ouvrables de semaine;
- Usager pouvant se déplacer à plusieurs rencontres ou ateliers.

Exclusions : L'usager doit être redirigé vers un médecin ou une clinique privée s'il répond à un critère d'exclusion et plus.

- Usager avec dossier actif à la CNESST ou à la SAAQ;
- Usager souffrant d'une douleur cancéreuse;
- Usager souffrant de douleur en fin de vie;
- Usager souffrant de douleur liée à une amputation (incluant la douleur fantôme);
- Usager ayant eu une prise en charge interdisciplinaire pour la demande de service (i.e suivi conjoint de différents intervenants d'une même équipe ayant un objectif de traitement commun).

Nom de l'usager : _____

N° dossier : _____

Est-ce que l'usager a déjà eu une consultation médicale ou un service professionnel pour cette demande de service?

Non Oui, à quel endroit :

Autorisation obtenue de l'accès à la consultation médicale : Non Oui

Renseignements cliniques :

Conduite pour le référencement : Toutes les cases doivent être cochées avant l'envoi

Envoyer par courriel ou par fax votre collecte de données au Programme interprofessionnel de douleur persistante en 1ère ligne aux coordonnées ci-haut selon le point de service où la demande sera acheminée.

L'usager a donné son autorisation d'envoyer cette collecte de données au Programme interprofessionnel de douleur persistante en 1ère ligne.

L'usager est d'accord que le Programme interprofessionnel de douleur persistante en 1ère ligne le contacte pour procéder à l'évaluation de sa condition.

L'usager est informé qu'un rendez-vous médical n'est pas requis pour le moment ; Si détérioration de l'état d'ici la consultation, il est important de recontacter le Guichet d'accès (811, option 3).

Les coordonnées de l'usager sont à jour.

Signature

Nom en caractère d'imprimerie

Titre d'emploi

Date (aaaa/mm/jj)