

**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 CIUSSS-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	equipeinterdoulleur1religne.cssslp16@ssss.gouv.qc.ca
Sherbrooke	819-346-1110, poste 14946	819-820-6466	equipeinterdoulleur1religne.chus@ssss.gouv.qc.ca

Inclusions : L'utilisateur doit répondre à tous les critères

- ☐ Usager âgé de 18 ans et plus;
- ☐ Usager ambulant (capable de se déplacer en clinique);
- ☐ 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'utilisateur 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).

Est-ce que l'utilisateur 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'utilisateur a donné son autorisation d'envoyer cette collecte de données au Programme interprofessionnel de douleur persistante en 1ère ligne.
- ☐ L'utilisateur est d'accord que le Programme interprofessionnel de douleur persistante en 1ère ligne le contacte pour procéder à l'évaluation de sa condition.
- ☐ L'utilisateur 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'utilisateur sont à jour.

Signature de **(préciser)**

Nom en caractère d'imprimerie

Date