

**DEMANDE A REMPLIR PAR LE MEDECIN ADRESSEUR**

Date de la demande :

**L'équipe d'algologie**

**Médecins Algologues**

Dr Laurence JUHEL VOOG  
Dr Thiburce MONSEGU  
Dr Ali TOURE  
Dr DESSE

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : /\_\_/\_/\_\_\_\_/

Adresse : \_\_\_\_\_

/\_\_/\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

**TAMPON du médecin :**

Tel :

Mail :

**Hypnose**

Mme Sylvie TOURE

**Motif de la consultation (localisation)**

**Mésothérapie**

Dr Dominique PLAT

**Antécédents significatifs médicaux et chirurgicaux**

**Infirmières Douleur**

Mme BEAUMONT Cécile  
Mme BESSON Angélique  
Mme CHOQUET Marie  
Mme LAGRUE Sophie

**Suivi psychologique** ☐ Oui ☐ Non

**Psychologue**

Mme MEHAT Anne Laure

**Ancienneté de la douleur** ☐ - de 6 mois ☐ - d'un an ☐ - de 5 ans ☐ + de 5 ans

**Caractère de la douleur**

- ☐ Douleur nociceptive (mécanique, inflammatoire...)  
☐ Douleur neuropathique (brûlures, fourmillements, paroxysmes, ...)

**Secrétariat**

Mme Sandra L.  
Mme Fanny P ;  
Mme Géraldine L.

**Traitements actuels**

**Commentaires :**

**Cadre à remplir par le médecin algologue :**

**Le** \_\_\_\_\_

Délai de consultation préconisé : \_\_\_\_\_

Date du RDV : \_\_\_\_\_