

**Demande d'avis téléphonique  
Traitement de la douleur chronique  
Boîte vocale : 514-890-8000 p. 16802  
Numéro de fax : 514-412-7041**

**N. B. Les messages laissés sur la boîte vocale sont écoutés 1 fois par jour. Il en est de même pour les fax qui sont récupérés 1 fois par jour.**

**N. B. Deux médecins spécialistes participent à ce projet. Les téléconsultations ont lieu les mardis AM (de 8 h 30 à 11 h 30) et les mercredis PM (de 13 h à 16 h).**

**Identification du médecin requérant ou de l'IPS**

Date : \_\_\_\_\_

Prénom, Nom : \_\_\_\_\_ No pratique \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_ ((pour l'envoi de 2 questionnaires d'évaluation après l'appel))

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Prénom et nom de la personne à contacter pour fixer le RDV téléphonique : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone à contacter pour fixer le RDV (si différent de celui-ci dessus): \_\_\_\_\_

(NB : Les informations ci-dessus vont demeurer confidentielles )

**Motif de l'appel (cocher A ou B)**

**A – Renseignement concernant un médicament, une intervention ou une pathologie :**

Dans ce cas, vous n'avez pas à compléter la suite de ce formulaire. SVP, faxez le formulaire au numéro suivant : 514-412-7041

Nous communiquerons avec vous pour fixer la date et l'heure du rendez-vous téléphonique.

**B – Avis téléphonique concernant un patient :**

Dans ce cas, vous devez remplir ce formulaire. Les informations sont nécessaires pour permettre l'ouverture d'un dossier. SVP, faxez le formulaire au numéro suivant : 514-412-7041

Nous communiquerons avec vous pour fixer la date et l'heure du rendez-vous téléphonique.

Un consentement a été obtenu de la part du patient pour autoriser l'obtention d'un avis téléphonique. À titre d'exemple, vous trouverez un formulaire à cet effet sur le site web ou avec l'envoi par fax que vous pourrez garder au dossier du patient.

Dans le cadre du Programme ECHO® CHUM Douleur chronique nous souhaitons constituer une banque de cas clinique aux fins de soutien du développement continu des compétences. Acceptez-vous que les données soient utilisées sur une base strictement anonyme dans le cadre de ce programme.

Oui Non

## Identification du patient – Ces informations sont nécessaires pour des raisons médico-légales

Prénom et nom à la naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'Assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_  
année mois

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

État civil : \_\_\_\_\_ Nom, Prénom (père) : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom (mère) : \_\_\_\_\_

### Coordonnées du (de la) conjoint(e) :

Téléphone 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

### Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Diagnostic du patient : \_\_\_\_\_

Raison de l'avis téléphonique : \_\_\_\_\_

## Autres antécédents

Médicaux                      Ulcère gastrique                      Diabète                      Insuffisance rénale                      Cancer

Autre : \_\_\_\_\_

**Chirurgicaux :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Psychiatriques :** Dépression Abus d'alcool, de médicament, d'autres substances, et/ou tabagisme

**Autres conditions causant une douleur chronique :** \_\_\_\_\_

**Éléments pertinents à l'examen physique :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médication actuelle et dosage** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Prise de cortisone per os :** \_\_\_\_\_

**Prise d'anticoagulant :** \_\_\_\_\_

**Médication déjà tentée :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergie :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **SVP. inclure**

- ✓ **Rapports de consultation**
- ✓ **Examens paracliniques**
- ✓ **Rapports d'imagerie**
- ✓ **Toutes informations pertinentes à cet avis**

### **Toute demande incomplète sera retournée**

Lors de l'appel téléphonique, vous devez avoir en main le dossier du patient pour répondre aux questions portant sur les antécédents, l'histoire médicale, l'examen physique et les résultats d'investigation et de consultation pertinente.

**L'accès téléphonique n'est pas un service d'urgence en douleur chronique. Si votre patient nécessite éventuellement une consultation en clinique de la douleur, il sera priorisé selon les critères déjà établis à cet effet.**

**L'avis téléphonique ne constitue pas une consultation médicale. En tant que médecin traitant, vous aurez à décider du plan de traitement que vous jugerez approprié pour votre patient, et ce, quelles que soient les suggestions qui auront été faites pour ce dernier durant l'avis téléphonique. De plus, c'est à vous que revient de poursuivre la prise en charge de celui-ci.**

**N. B. VEUILLEZ CONSERVER CE DOCUMENT AU DOSSIER DU PATIENT**

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant ou de l'IPS

\_\_\_\_\_  
Date