



Cadre réservé au service

Date de réception :

Traité par :

Orbis :

Délai de RDV :

Médecins :

RDV proposé (date/ médecin) :

Acceptée/Nelle proposition :

DEMANDE DE CONSULTATION AU CENTRE DE LA MIGRAINE ET DE LA DOULEUR DE L'ENFANT

À remplir par la famille et à renvoyer avec la fiche médecin

Nous faisons face à une recrudescence de demandes allongeant considérablement nos délais.

Pour diminuer nos délais, un parcours de soin pour les enfants douloureux est mis en place. Dans ce cadre, nous travaillons en réseau avec les médecins libéraux et les structures de soins.

En fonction de la situation de votre enfant, la solution la plus appropriée vous sera proposée.

Dans cet objectif, acceptez-vous que le contenu de ce questionnaire soit partagé avec nos collègues et/ou que nous puissions les contacter ? OUI NON

1. Questionnaires à retourner **entièrement remplis**, avec les courriers de médecins et les comptes rendus dont vous disposez, par **la poste ou par mail pour les personnes habitant à l'étranger** (aucun RDV donné sur place) :
Hôpital Trousseau - Centre de la douleur - demande de rendez-vous- 26 avenue Arnold Netter- 75012 Paris

2. Un RDV vous sera proposé par mail (celui-ci peut arriver dans vos spams) : Merci de **confirmer ce rendez-vous dans les 48 heures après réception de votre convocation**. En l'absence de réponse de votre part il sera annulé. *En l'absence prolongée de réponse de notre part, adresser un mail à ufap.trs@aphp.fr*

3. La durée de **consultation est de 2h**. Un retard ne nous permettra pas d'honorer le RDV, celui-ci sera déplacé sur les prochaines disponibilités.

Enfant : M F

Nom et Prénom (comme écrit sur le livret de famille):

Date de naissance et âge :

Mère : Nom et Prénom :

Adresse postale :

Téléphone :

Adresse mail :

Père : Nom et Prénom :

Adresse postale :

Téléphone :

Adresse mail :

Motif(s) de la consultation	<input type="radio"/> Maux de tête <input type="radio"/> Autre douleur, préciser :
Qui demande cette consultation douleur ?	<input type="radio"/> Famille <input type="radio"/> Médecin, Nom et adresse complète :
L'enfant a-t-il déjà consulté pour ces douleurs ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui (préciser : nom, adresse complète obligatoire et téléphone) <ul style="list-style-type: none"> • Pédiatre : • Médecin généraliste : • Neurologue : • Consultation douleur spécialisée : • Autres professionnels :
L'enfant a-t-il déjà eu un suivi psychologique (psychologue, psychiatre, CMP...) pour ces douleurs ou un autre motif ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser : <ul style="list-style-type: none"> • Nom, adresse complète obligatoire et téléphone : • Motifs :
Description des douleurs	
Depuis quand l'enfant a-t-il des douleurs :	<input type="radio"/> >1 an <input type="radio"/> 6 mois – 1 an <input type="radio"/> <6 mois <input type="radio"/> Depuis une date précise :
La douleur est-elle :	<input type="radio"/> Permanente <input type="radio"/> De temps en temps par crises, fréquence : <ul style="list-style-type: none"> 1 fois par mois ou moins 2 à 3 fois par mois 1 fois par semaine Plusieurs fois par semaine
Des examens ont-ils été réalisés ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser :

Un diagnostic a-t-il été évoqué ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, Lequel :
La douleur est-elle survenue après un évènement particulier (traumatisme, chirurgie, accident, stress ...) ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser :
L'enfant a-t-il actuellement un ou des traitement(s) pour la douleur ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser : <input type="radio"/> D'autres traitements ont-ils été essayés auparavant :
Sont-ils efficaces ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
La scolarité	
Adresse de l'Ecole où est scolarisée l'enfant:	
En quelle classe est-il?	
La douleur empêche-t-elle votre enfant d'aller à l'école ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, Combien de jours depuis le début de l'année scolaire ?
Votre enfant a-t-il des difficultés scolaires ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, lesquelles :
Existe-il- des conflits à l'école avec des camarades ou des professeurs ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser :
Le sommeil	
Votre enfant a-t-il des difficultés d'endormissement ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui : un peu importantes

<p>Votre enfant a-t-il des réveils nocturnes ?</p>	<p><input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <ul style="list-style-type: none">• à cause de la douleur :• Autres causes :
<ul style="list-style-type: none">• Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux et prend-il un traitement au long cours ? Préciser :	

- **Souhaitez-vous apporter d'autres précisions qui pourraient être utiles pour mieux comprendre la situation de votre enfant ?** (précisions sur sa santé, éléments familiaux ou psychologiques, retentissement des douleurs sur l'enfant, sur sa famille, antécédents familiaux ...) :

- **MERCI D'INDIQUER TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTE QUI CONNAISSENT VOTRE ENFANT (Préciser adresse et téléphone) ET JOINDRE TOUS LES COMPTES-RENDUS (CES COMPTES-RENDUS SONT NECESSAIRES POUR L'OBTENTION D'UN RDV) :**