

**CLINIQUE DE LA DOULEUR****CONSULTATIONS**

Site Horta  
Tél : 02/ 477.30.35

**Equipe médicale**

Coordination : Dr N. Mathieu

Anesthésiologie:  
Dr N. Mathieu  
Dr E. Mariaule  
Dr N. Vervloesem  
Tél: 02/ 477.30.35

Médecine Physique et  
Réadaptation  
Dr A. Gierasimowicz-Fontana  
Dr S. Hatem  
Tél : 02/477.24.49

**Equipe paramédicale**

Assistant social :  
Mr L. Denotte

Infirmières  
Mr R. Limonier  
Mme D. Dumont  
Mme I. Fernandez De Houwer

Kinésithérapie  
Mme M-H. Charon  
Mme F. Drouet  
Mme M. Tazeroualti  
Mme J. Van der Scheer  
Tél : 02/477.23.89

Psychologie  
Melle C. Henne  
Tél : 02/477.21.41

Pharmacien hospitalier  
Mr F. Nicolas

**ACTES TECHNIQUES**

**Site Horta:** 02/ 477.33.00  
02/ 477.33.00

Dr E. Mariaule  
Dr N. Mathieu  
Dr Ch. Plasman  
Dr N. Vervoessem

**Site Paul Brien:**  
02/477.94.36

Dr M.C. Debroux

**Lettre adressée au médecin traitant**

Cher confrère,

Nous vous remercions de nous confier votre patient pour une évaluation au Centre de la Douleur.

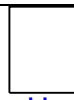
Le formulaire ci-joint nous permettra d'avoir un maximum d'informations sur l'histoire médicale de votre patient et de préparer au mieux notre consultation.

Nous insistons également sur l'importance d'y indiquer votre adresse pour le suivi du courrier et nos contacts ultérieurs.

Pouvez-vous rappeler à votre patient de se munir de son dossier complet comprenant les clichés radiographiques et les protocoles, la liste des médicaments actuels et ceux déjà essayés auparavant et la carte SIS ?

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, cher Confrère, nos salutations les meilleurs.

L'équipe médicale



**CLINIQUE DE LA DOULEUR**

**Coordonnées du Patient**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

**Demande du Médecin Référent**

**Motif de consultation**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Examens réalisés dans le cadre de la mise au point**

(Joindre protocole des examens réalisés)

Examen	Date	Conclusion

**Antécédents**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**CLINIQUE DE LA DOULEUR**

**Traitement habituel**

Nom	Dose	Durée du traitement

**Traitement(s) antalgique(s) essayé(s)**

Nom	Dose	Durée du traitement

**Date et signature**

Cachet du Médecin Référent

*Coordonnées du Médecin Référent*

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

