|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | | | | | | | Nom, Prénom : |  | | | | | | | | Date de naissance : |  | | | | F  M | | | | AAAA-MM-JJ | | | | | | | | | NAM : |  | | | Exp. | | |  | |  |  | |  | | | AAAA-MM | | | Nom de la mère : |  | | | | | | | |
| **COMPLÉMENT D’INFORMATION**  **PROGRAMME RÉGIONAL DE DOULEURS CHRONIQUES** |  |

**CE DOCUMENT DOIT ÊTRE REMPLI PAR L’USAGER et joint à la** [Demande de services en déficience physique services spécialisés externes](https://www.santemonteregie.qc.ca/ouest/documentation/demande-de-services-en-deficience-physique). Afin d’être en mesure de bien évaluer votre admissibilité au programme et de nous permettre de bien connaitre votre situation, veuillez répondre le plus justement possible aux questions ci-dessous.

* Important de compléter l’adressogramme en haut à droite de ce document.

| **DESCRIPTIF ET OBJECTIFS DU PROGRAMME** |
| --- |
| **Descriptif du programme** : La finalité de ce programme vise à réduire l’impact de la douleur sur votre fonctionnement global par une auto-prise en charge de la douleur. Le programme ne vise pas le traitement de celle-ci, mais une meilleure compréhension du phénomène douloureux et la reprise d’activités physiques.  **De façon spécifique, les activités proposées dans ce programme ont pour objectifs de vous permettre** :   * De connaître le phénomène douloureux (lien entre douleur et le système nerveux, mécanismes à l'origine de la douleur); * De connaitre les facteurs qui contribuent à maintenir la douleur et ses conséquences sur mon fonctionnement; * D’apprendre à vivre avec la douleur; * D’intégrer et de maintenir la pratique régulière d’activités physiques dans mon mode de vie au quotidien; * De connaitre et d’intégrer les stratégies de gestion de la douleur dans mon quotidien. |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS CONCERNANT L’OFFRE DE SERVICE** |
| 1. Le suivi est offert par des rencontres de groupe. Le groupe est composé d’environ 10 participants. |
| 1. Les rencontres de groupe sont offertes seulement au **CRDP St-Hubert** situé au **5300, chemin de Chambly dans la ville de Saint-Hubert**. Vous devez être en mesure de vous déplacer par vos propres moyens. |
| 1. Le groupe se donne à la fréquence suivante : **deux (2) demi-journées par semaine pour 10 semaines consécutives**. Vous confirmez votre engagement à participer activement au programme pour TOUTE la durée. |
| 1. Le contenu du groupe est présenté en français. |
| 1. Il n’y a aucune prise en charge médicale. Aucune prescription médicale incluant la marijuana thérapeutique ne sera faite. Votre médecin traitant assure le suivi de votre médication et autres investigations pertinentes. |
| 1. Compte tenu que nous n’offrons pas de suivi médical, avez-vous un médecin qui assure votre suivi ? (Ex. : médecin traitant, médecin de famille, spécialiste ou clinique sans rendez-vous)   Oui, nom du médecin :  Non, pour avoir accès à un médecin de famille, vous devez vous [inscrire sur la liste d’attente du Guichet d’accès à un médecin de famille (GAMF)](https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/inscription-aupres-dun-medecin-de-famille). Le temps d’attente varie selon la disponibilité des médecins et le nombre de personnes inscrites sur la liste dans votre région. |

| **SUIVI / RÉFÉRENCE CLINIQUE DE LA DOULEUR** | |
| --- | --- |
| Avez-vous été référé en clinique de la douleur (ex. : clinique de gestion de la douleur de l’Hôpital Pierre Boucher, de l’Hôpital Charles Lemoyne, de l’Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, etc.) ? | |
| OUI, précisez à quel endroit ? 🡪  Terminé  Attente  NON |  |
| Avez-vous déjà eu un suivi dans un autre programme de douleurs chroniques ayant une offre de services comparable à celle offerte par notre établissement? | |
| OUI, précisez à quel endroit ? 🡪  NON |  |

| Je comprends le but et les modalités du programme de douleurs chroniques comme expliqué dans ce document. | |
| --- | --- |
| Date à laquelle le document a été rempli (AAAA/MM/JJ) : |  |
| Signature de l’usager : |  |