



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Algorithme de prise en charge
du zona**

Cet algorithme de prise en charge du zona a été élaboré par l'équipe interdisciplinaire du centre d'expertise en gestion de la douleur chronique associé au Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université de Montréal sous la direction de D^{re} Aline Boulanger

Collaborations

D^{re} Aline Boulanger, anesthésiologiste. Département d'anesthésiologie CHUM, professeur titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal.

D^{re} Dominique Dion, médecin de famille, professeur adjointe de clinique, département de médecine de famille et de médecine d'urgence, CHUM et CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^r David Lussier, médecin gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, professeur adjoint et professeur adjoint de clinique, département de médecine, Faculté de médecine, Université de Montréal et Université McGill.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN : 978-2-550-90153-2

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

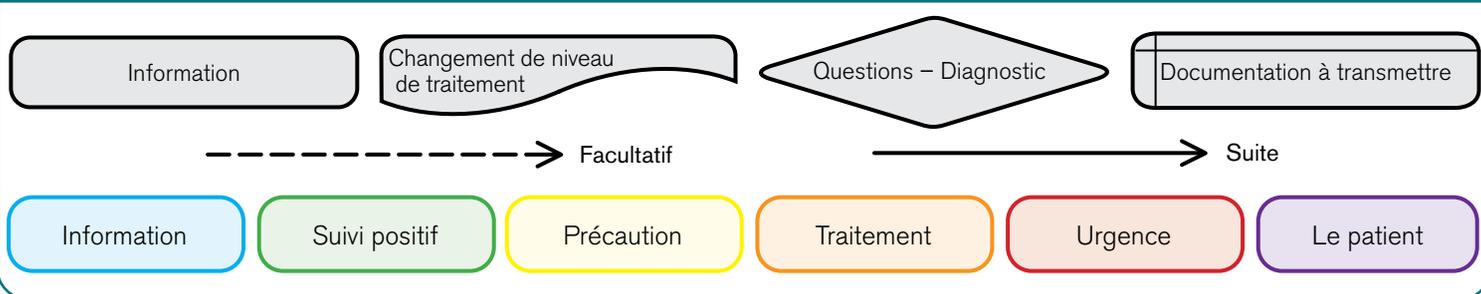
Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

ZONA

Traitement de la douleur reliée au zona aigu 1^{re} ligne de traitement (médecin de famille)

Légende



CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE

Diagnostic :

- Le diagnostic du zona est essentiellement clinique et ne nécessite habituellement pas de test de laboratoire ou d'imagerie.

Les conditions clinique suivantes nécessite une attention particulière (se référer aux recommandations en cours)

- zona ophtalmique,
- zona discriminé,
- zona chez une personne immunodéprimée,
- zona compliqué d'une atteinte neurologique.

1A

Traitement pharmacologique

Traitement pharmacologique du traitement aigu :

- Antiviraux : à utiliser selon les recommandation en cours

Traitement pharmacologique de la douleur :

- Acétaminophène
- Analgésiques, opioïdes

1B

Interventions non pharmacologiques

(Si intervenants font partie de l'équipe ou sont disponibles)

I. soins infirmiers :

- Explications (compréhensions et attentes du patient)
- Enseignement
- Soutien et accompagnement
- Dépistage de facteur de comorbidité ou de chronicité ou identification des éléments modifiables
- Collaboration et coordination (référence rapide au besoin d'autres intervenants professionnels, dont un psychologue)
- Considérer les approches alternatives ou complémentaires selon le cas

II. Intervention psychologique

1C

Autres options thérapeuthiques possibles

Suivi suggéré :

Infirmières (si possible) : suivi téléphonique 2 semaines après la prise en charge.
Médecin : aux quatre semaines selon le traitement pharmacologique choisi, la rapidité de titrage et l'efficacité.

1D

1. Réévaluation du traitement pharmacologique (1B) non pharmacologique (1C)
2. Avis d'expert par téléphone si désiré et si disponible.

1F

- 1E
- La douleur est-elle contrôlée (<4/10)?
 - La qualité de vie est-elle améliorée?
 - L'état fonctionnel est-il amélioré?
 - Le sommeil est-il amélioré?

NON

OUI

Offrir un suivi

Plafonnement de la réponse clinique

Demande de consultation en clinique de la douleur :
À considérer si échec des traitement pharmacologique optimaux.

1G

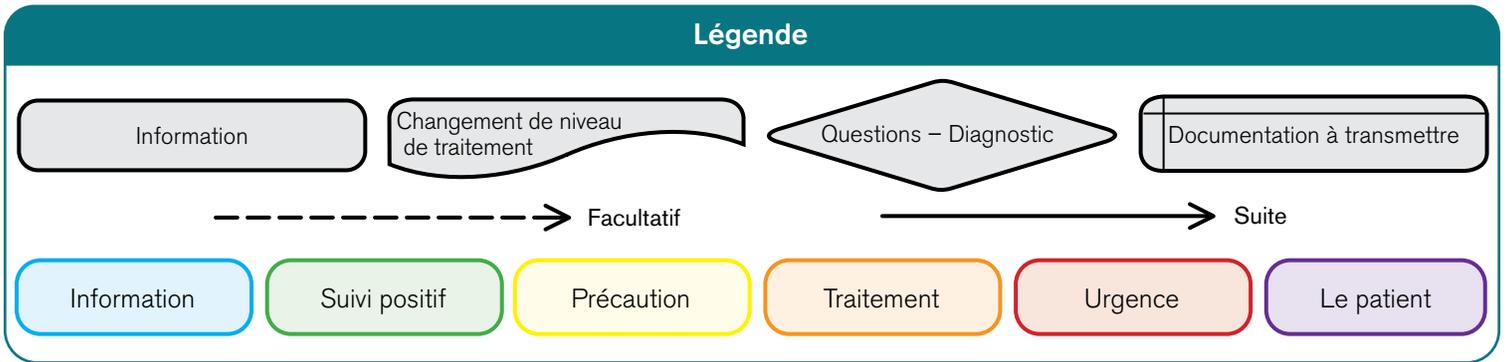
Remplir le document :
Demande de consultation – Gestion de la douleur disponible sur le site du MSSS

1H

Vers une clinique de douleurs

ZONA AIGU

Traitement de la douleur reliée au zona aigu et subaigu 2^e ligne de traitement (clinique de la douleur)

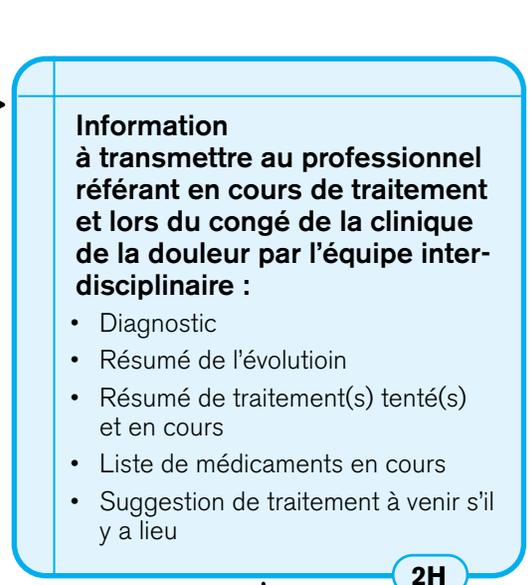
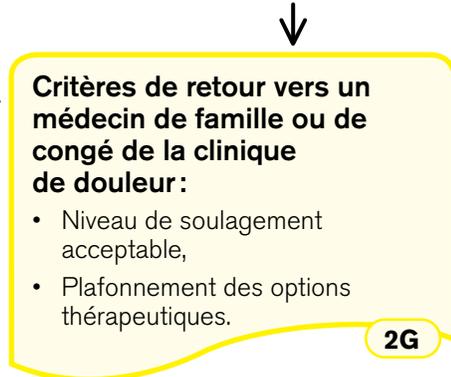
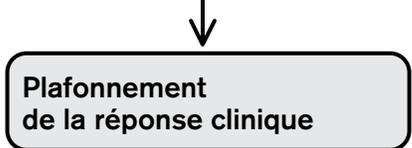
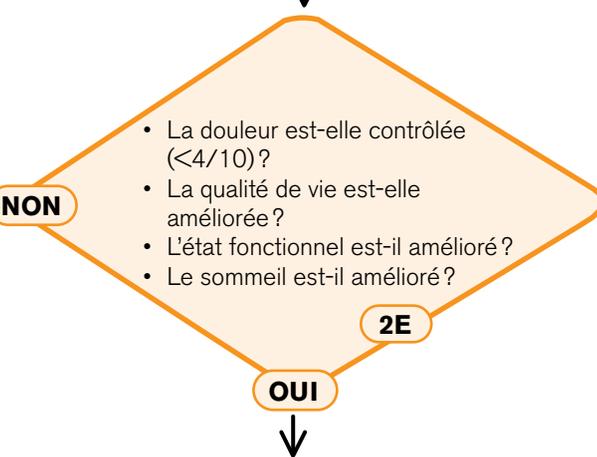
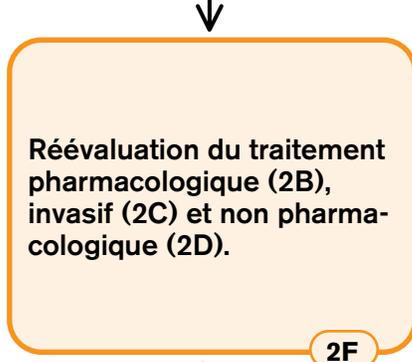
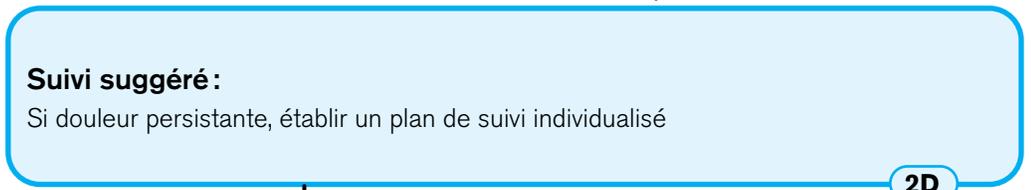
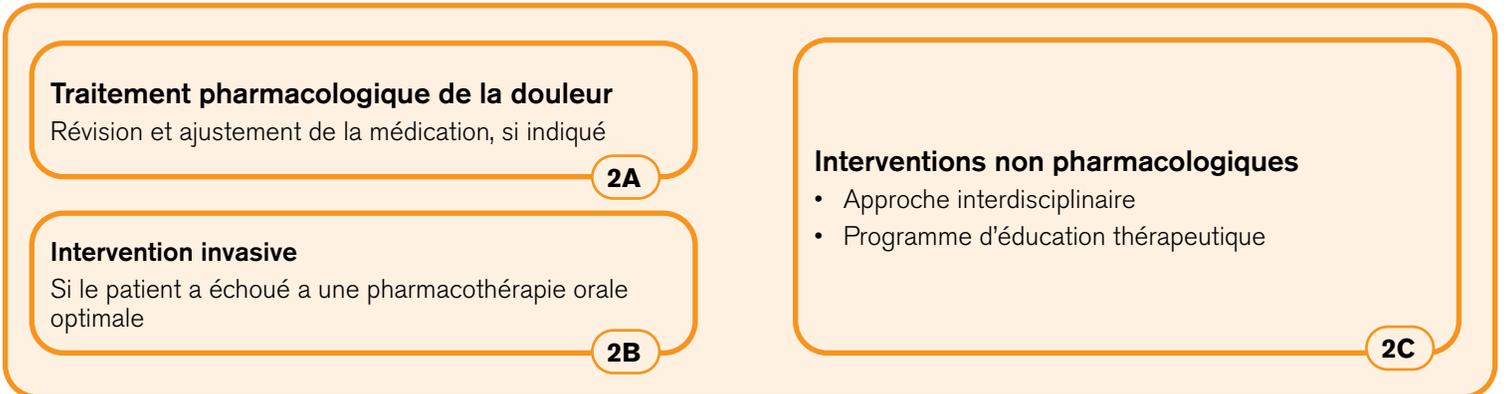


CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE

Critères diagnostiques :

- Persistance des symptômes et douleurs non soulagées.

1A



Retour vers l'équipe de 1^{re} ligne



Zona

Traitement de la douleur liée au zona aigu

1^{re} ligne de traitement (médecin de famille)

Le zona est causé par la réactivation du virus varicelle-zona (VVZ), virus de la famille des *Herpesviridae*. Lors d'une primo-infection, ce virus cause la varicelle et, par la suite, reste latent dans les ganglions de la chaîne postérieure et du nerf trijumeau. Il peut se réactiver plusieurs années plus tard sous forme de zona. Le risque à vie est estimé à 30 %, mais les deux tiers des cas surviennent chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Les personnes de 85 ans et plus ont un risque estimé à 50 %.

Les mécanismes qui sous-tendent la réactivation de ce virus restent encore mal compris, mais l'âge représente le principal facteur de risque. L'incidence du zona augmente avec l'âge. Plus de 60 % des cas surviennent après l'âge de 45 ans. Le déclin de l'immunité acquise lors de la primo-infection et le déclin général de l'immunité cellulaire (cellules T) pourraient expliquer le risque accru lié à l'âge (immunosénescence). Les personnes immunodéprimées sont également beaucoup plus à risque d'être atteintes d'un zona que la population générale.

1A. Manifestations cliniques – Diagnostic^{1,2}

Manifestations cliniques

Le zona se manifeste habituellement par une éruption cutanée initialement maculopapuleuse puis vésiculeuse, généralement unilatérale, limitée à un ou à deux dermatomes adjacents. Les dermatomes thoraciques sont les plus fréquemment touchés. Deux ou trois jours précédant l'apparition de l'éruption cutanée, une sensation de brûlure ou de picotement peut être ressentie au niveau de la région touchée.

Diagnostic

Le diagnostic est essentiellement clinique et ne nécessite habituellement pas de tests de laboratoire.

Prévention

Deux vaccins sont disponibles au Canada (un vivant atténué et un deuxième non vivant). Les gouvernements canadien³ et québécois⁴ proposent des guides d'immunisation.

Complications

La complication la plus fréquente est la névralgie postherpétique qui peut être très incapacitante et compromettre sévèrement la qualité de vie. D'autres complications peuvent être associées au zona : surinfection bactérienne, encéphalite, myélite transverse, syndrome de Ramsay Hunt, syndrome de Guillain-Barré, AVC secondaire à une vasculopathie, etc. L'atteinte de la branche ophtalmique du nerf trijumeau (branche V1) peut entraîner des complications ophtalmiques potentiellement sévères qui méritent une évaluation rapide en ophtalmologie.

Chez la personne immunodéprimée, le zona peut se manifester par une éruption cutanée disséminée et causer des atteintes organiques.

Note :

Les conditions cliniques suivantes nécessitent une attention particulière : zona ophtalmique, zona disséminé, zona chez une personne immunodéprimée, zona compliqué d'une atteinte neurologique. Se reporter aux recommandations existantes pour ces conditions cliniques.

1B. Traitement

Antiviraux

À utiliser selon les guides de pratique^{3,4}.

Traitement analgésique

- Le traitement de la douleur aiguë liée au zona doit suivre les mêmes principes de traitement que toute douleur aiguë : évaluer la douleur à l'aide d'échelles de mesure d'intensité de la douleur; utiliser des analgésiques appropriés au type de douleur, aux comorbidités du patient et à l'intensité de la douleur; ajuster les doses d'analgésiques selon la réponse et les effets indésirables.
- Pour la douleur d'intensité légère, l'acétaminophène pris « au besoin » ou de façon régulière peut soulager la douleur, au moins partiellement, sans effets indésirables. La dose quotidienne maximale de 3,2 g doit être respectée.
- Les AINS sont habituellement peu efficaces pour la douleur neuropathique, donc ils ne constituent pas un traitement de choix pour la douleur aiguë liée au zona.
- Pour la douleur d'intensité modérée à sévère, un opioïde pourrait être prescrit s'il n'y a pas de contre-indication :
 - Débuter avec un opioïde à courte durée d'action, à prendre « au besoin »;
 - Si la douleur persiste et l'opioïde « au besoin » est bien toléré, on pourra le prescrire de façon régulière;
 - En cas d'absence de réponse ou d'effets indésirables intolérables avec un opioïde, on peut effectuer une rotation d'opioïde, soit remplacer l'opioïde par un autre, à dose équianalgésique;
 - Le tramadol et le tapentadol pourraient également être utilisés. Toutefois, la fréquence plus élevée d'interactions médicamenteuses, entre autres avec des antidépresseurs, et l'absence de couverture par la RAMQ doivent être prises en considération avant de les prescrire;
 - Puisque la douleur liée au zona aigu se résout en quelques semaines dans la majorité des cas, un opioïde à longue durée d'action n'est généralement pas indiqué.
- En raison de la nature partiellement neuropathique de cette douleur, un coanalgésique peut être ajouté en suivant les recommandations pour le traitement de la douleur neuropathique (voir l'algorithme sur la douleur neuropathique).

- L'utilisation de stéroïdes⁵ *per os* dans le traitement d'un épisode aigu de zona est controversée. Il n'existe pas de preuves que cette approche permet de réduire l'incidence ou la durée de la névralgie postherpétique. Par contre, cela pourrait réduire l'intensité de la douleur aiguë.
- La lidocaïne topique, avec ou sans kétamine, est recommandée pour le traitement de la douleur neuropathique, surtout en présence d'allodynie (voir l'algorithme sur la douleur neuropathique). Toutefois, pour la douleur associée au zona aigu, la lidocaïne ne devrait être appliquée qu'après la guérison totale des lésions cutanées afin d'éviter une absorption systémique de la lidocaïne.
- La crème de capsaïcine n'est pas indiquée pour le traitement de la douleur aiguë liée au zona.

1C. Intervention non pharmacologique

- Comme tout type de douleur, la douleur aiguë liée au zona répond mieux à une approche multimodale combinant des approches pharmacologiques et non pharmacologiques.
- Soins infirmiers : L'infirmière peut contribuer à compléter l'évaluation initiale multidimensionnelle de la douleur, y compris l'impact de la douleur sur les différentes sphères de la vie à l'aide d'instruments validés :
 - Certains tests de dépistage validés peuvent être utilisés pour compléter l'évaluation clinique :
 - ◆ Tests de dépistage sur l'état psychologique (dépression, anxiété) :
 - Questionnaires PHQ-9 (annexe 1)⁶ et GAD-7 (annexe 2)⁷;
 - Test de dépistage sur le niveau fonctionnel :
 - Questionnaire concis sur la douleur (*Brief Pain Inventory*) (annexe 3)⁸,
 - PQRST pour douleur neuropathique (annexe 4);
 - Les valeurs d'interprétation des tests de dépistage sont présentées à l'annexe 5;
 - Évaluation de la méthode analgésique utilisée;
 - Évaluation de capacité d'autogestion;
 - Soutien et accompagnement :
 - Suivi téléphonique;
 - Enseignement :
 - Analgésiques, effets secondaires et adhésion au traitement (croyance vs réalité : dépendance, tolérance);
 - Autoévaluation de la douleur ou de l'impact;
 - Relaxation ou respiration, application chaud ou froid, gradation des activités, importance de bouger, de rester actif;
 - Collaboration et coordination :
 - Suivi avec le médecin et les autres professionnels;
 - Coordination des interventions interdisciplinaires;
 - Mise en œuvre médicale;
 - Références vers autres professionnels, y compris le service social.
- Intervention psychologique :
 - En présence de douleur aiguë sévère associée au zona, des approches psychologiques de prise en charge de la douleur (relaxation, méditation,

biofeedback, thérapie cognitivo-comportementale) peuvent être prises en considération.

- Intervention en réadaptation : Il n'existe aucune preuve scientifique pour recommander des approches telles que TENS ou l'acupuncture pour le zona aigu.

1D. Suivi suggéré

- i. **Infirmière** : Suivi téléphonique 2 semaines après le début du traitement pharmacologique afin d'évaluer l'adhérence au traitement, l'effet analgésique et les effets secondaires. Si douleur > 4 sur 10 ou effets secondaires sévères, prévoir communication avec médecin.
- ii. **Médecin** : Suivi toutes les 4 semaines selon le traitement pharmacologique choisi, la rapidité de titrage et l'efficacité.

1E. Contrôle de la douleur

La douleur est considérée comme étant contrôlée si ≤ 4 sur 10 (0 représentant aucune douleur et 10 la pire douleur possible).

Si la douleur est contrôlée, un sevrage progressif des opioïdes sera fait. Il en sera de même pour l'acétaminophène.

Si un ou des coanalgésiques ont été prescrits, il est généralement recommandé de le ou les garder pour un minimum de 24 semaines. Pour le sevrage des coanalgésiques, se reporter à l'algorithme de la douleur neuropathique.

1F. Réévaluation du traitement pharmacologique

- Fixer des objectifs réalistes avec le patient. En général, un soulagement de 30 % ou une réduction de 2 points sur l'échelle de douleur est considéré comme cliniquement significatif par les patients et les médecins⁹.
- **Avis d'experts par téléphone (si désiré)**
Ce service offre un soutien clinique pour l'évaluation et la gestion de la douleur chronique à partir du bureau du médecin. Il s'agit d'un service téléphonique qui permet d'avoir accès à des médecins experts dans le traitement de la douleur chronique afin de recevoir du soutien clinique et des conseils sur des modalités pharmacologiques, des interventions propres au traitement de la douleur chronique et à d'autres pathologies associées. Le formulaire suivant doit être rempli (annexe 6) :
www.ruis.umontreal.ca/sites/default/files/Formulaire_Avis_Experts_V1.pdf

1G. Demande de consultation en clinique de la douleur

Si échec de traitement (pas de soulagement adéquat; niveau fonctionnel non amélioré).

1H. Formulaire de demande de consultation

Vous reporter au formulaire [Demande de consultation – Gestion de la douleur](#) (annexe 7). Ce formulaire est accessible sur le site Web du MSSS en français et en anglais.

Traitement de la douleur liée au zona aigu et subaigu

Plan de prise en charge interdisciplinaire

2^e ligne de traitement (clinique de la douleur)

2A. Traitement pharmacologique

Ajustement de la posologie des médicaments si les doses sont sous-optimales. Maintenir la médication s'il y a eu une amélioration et poursuivre les options thérapeutiques proposées en 1B si elles n'ont pas été tentées.

2B. Interventions invasives (si indiqué)

Traitement de la douleur aiguë

La littérature est relativement pauvre en ce qui a trait aux infiltrations pour le traitement de la douleur zostérienne aiguë. Dworkin¹⁰ et collaborateurs, dans leur revue de la littérature, concluent ainsi en ce qui a trait aux infiltrations pour le traitement de la douleur aiguë :

« Les études fournissent des évidences permettant une recommandation "faible" pour les épidurales et les blocs paravertébraux combinant des anesthésiques locaux et des stéroïdes pour le soulagement de la douleur aiguë associée au zona. Les blocs nerveux devraient être réservés aux patients qui ont échoué à une pharmacothérapie orale optimale même s'il n'y a pas d'évidence que ces traitements invasifs sont efficaces pour cette catégorie de patients. Le nombre de procédures et l'intervalle entre elles doivent être guidés par la réponse clinique du patient. »

Prévention de la névralgie postherpétique

Les injections épidurales d'anesthésiques locaux avec ou sans corticoïdes de même que les blocs du système nerveux sympathique (stellaire et plexus lombaire) ont été proposés pour prévenir la névralgie postherpétique. Malheureusement, la plupart des études qui ont évalué ces approches varient en qualité, faisant en sorte que leurs indications sont encore controversées. Il n'y a pas de données probantes appuyant leurs usages pour la prévention de la névralgie postherpétique.

2C. Interventions non pharmacologiques

- Soins infirmiers : L'infirmière peut contribuer dans le suivi du patient et s'assurer de l'observance au traitement prescrit.
 - Évaluation :
 - ◆ Évaluation de l'efficacité du traitement;
 - ◆ Évaluation du risque suicidaire, de dépression et de dépendance;
 - ◆ BPI;
 - Enseignement :
 - ◆ Analgésiques et coanalgésiques, effets secondaires et adhésion au traitement (croyance vs réalité : dépendance, tolérance);
 - ◆ Autoévaluation de la douleur ou de l'impact;
 - ◆ Relaxation ou respiration, application chaud ou froid, gradation des activités, importance de bouger, rester actif, contrôle du poids;
 - Soutien et accompagnement :

- ◆ Évaluation des croyances et des attitudes à l'égard de la douleur, des médicaments et recadrage;
- ◆ Développement des capacités d'autogestion (renforcement des compétences et résolution de problèmes);
- ◆ Soutien à la modification des habitudes de vie et mise en place de stratégies de soutien émotionnel, comportemental et instrumental pour limiter les répercussions de la douleur sur la vie quotidienne;
- Collaboration et coordination :
 - ◆ Suivi avec le médecin et les autres professionnels;
 - ◆ Coordination des interventions interdisciplinaires;
 - ◆ Mise en œuvre des recommandations médicales;
 - ◆ Références vers d'autres professionnels, y compris le service social;
- Psychothérapie : Proposer d'abord au patient et à un proche de participer à des interventions de groupes dirigés par un psychologue et un autre professionnel. Au cours de ces séances, le psychologue peut faire le dépistage ou une validation des personnes qui ont une psychopathologie (dépression, troubles anxieux, trouble d'adaptation, difficultés familiales ou psychosociales, etc.) et, par la suite, leur offrir un suivi individuel (15 séances sont souvent nécessaires) pour traiter et prévenir la chronicisation des problèmes.

2D. Suivi suggéré

Si douleur persistante, établir un plan de suivi individualisé.

2E. Contrôle de la douleur

La douleur est considérée comme étant contrôlée si ≤ 4 sur 10 (0 représentant aucune douleur et 10 la pire douleur possible).

2F. Réévaluation du traitement pharmacologique et invasif

Fixer des objectifs réalistes avec le patient. En général, pour une douleur neuropathique, un soulagement de 30 % ou une réduction de 2 points sur l'échelle de douleur est considéré comme cliniquement significatif par les patients et les médecins⁹.

2G. Critères de retour vers le médecin référent ou de congé de la clinique de la douleur

- Niveau de soulagement acceptable
- Plafonnement des options thérapeutiques

2H. Informations à transmettre au professionnel référant en cours de traitement et lors du congé de la clinique de la douleur par l'équipe interdisciplinaire

- Diagnostic
- Résumé de l'évolution
- Résumé du ou des traitements tentés et en cours
- Liste de médicaments en cours
- Suggestion de traitement s'il y a lieu

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT -9 (PHQ-9)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?
(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

For office coding 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile(s)

Plutôt
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

Mis au point par les D^{rs} Robert L. Spitzer, Janet B. Williams et Kurt Kroenke et collègues, et une bourse d'étude de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher or distribuer.

ANNEXE 2

GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
<i>(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)</i>				
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)

Mis au point par les D^r Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et collègues, grâce à une bourse de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer.

ANNEXE 3

Brief Pain Inventory ou BPI (Inventaire concis sur la douleur)

https://www.pspexchangebc.ca/pluginfile.php/1926/mod_resource/content/1/Pain_004.4_Brief_Pain_Inventory_French_PH.pdf

ANNEXE 4

Adaptation du PQRST Douleur neuropathique

Le PQRST est un outil d'évaluation de la douleur utilisé principalement lors de l'évaluation initiale pour toute population souffrante.

P : Facteurs provocants et soulageants

Q : Qualité

R : Région – Irradiation

S : Sévérité

T : Temps

ANNEXE 5

Interprétation des tests de dépistage

1) Questionnaire PHQ-9⁶

Le score total varie de 0 à 27.

Score de 0 à 4 : pas de dépression ou dépression minimale

Score de 5 à 9 : dépression légère

Score de 10 à 14 : dépression modérée

Score de 15 à 19 : dépression modérément sévère

Score de 20 à 27 : dépression sévère

2) Questionnaire GAD-7⁷

Le score total varie de 0 à 21.

Score de 0 à 4 : pas d'anxiété ou anxiété minimale

Score de 5 à 9 : anxiété légère

Score de 10 à 14 : anxiété modérée

Score \geq 15 : anxiété sévère

3) Questionnaire concis sur la douleur (*Brief Pain Inventory*)⁸

Pour les échelles de douleur du BPI : 1 à 3 est considéré comme une douleur faible, 4 à 6 comme étant une douleur modérée et 7 à 10 comme étant une douleur sévère.

Pour les échelles d'interférence (fonctionnelle) du BPI : 1 à 3 est considéré comme une interférence faible, 4 à 6 comme une interférence modérée et 7 à 10 comme une interférence sévère.

La somme des scores de toutes les échelles d'interférence peut être utilisée pour le suivi des patients.

ANNEXE 6



**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.**

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

- ✓ Rappports de consultation
- ✓ Examens paracliniques
- ✓ Rappports 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

ANNEXE 7



DEMANDE DE CONSULTATION –
GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

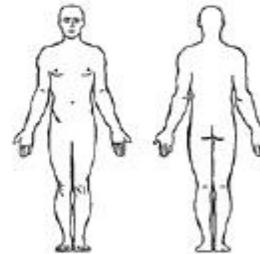
Pour : _____

Informations sur l'utilisateur			
Prénoms et nom (à la naissance)			
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	Année	Mois Jour
N° d'assurance maladie		N° de dossier (usage interne)	
Adresse (rue, no)			
Ville		Code postal	
Ind. rég.	Téléphone (résident)	Ind. rég.	Téléphone (autre)
Nom d'une personne de l'entourage		Ind. rég.	Téléphone

Médecin référant (ou apposez votre étampe)		Médecin traitant <input type="checkbox"/> Même que référant	
Prénoms et nom		Prénoms et nom	
N° de permis		N° de permis	
Précisez <input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> Autre		Précisez <input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> Autre	
Ind. rég.	Téléphone	Ind. rég.	Téléphone
Ind. rég.	Télécopieur	Ind. rég.	Télécopieur

Motif de la demande			
Date	Année	Mois	Jour
<input type="checkbox"/> Nouvel usager <input type="checkbox"/> Réévaluation			
Référence en clinique de la douleur		Référence en services spécialisés de réadaptation	
<input type="checkbox"/> Opinion médicale <input type="checkbox"/> Intervention/technique ciblée <input type="checkbox"/> Médication/ajustement <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____		<input type="checkbox"/> Adaptation à la douleur chronique <input type="checkbox"/> Retour/maintien au travail <input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles permanentes? précisez : _____ <input type="checkbox"/> Contre-indications à l'activité physique? précisez : _____	

Histoire de la condition douloureuse				
<input type="checkbox"/> Arrêt de travail	Date d'arrêt	Année	Mois	Jour
Type de travail				
Partenaire : <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> Assurances		Date de début		
		Année	Mois	Jour
Circonstance d'apparition de la douleur				
<input type="checkbox"/> Accident, précisez : _____				
<input type="checkbox"/> Chirurgie, précisez : _____				
<input type="checkbox"/> Maladie, précisez : _____				
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____				
Localisation et qualité de la douleur (noircir la région)				
<input type="checkbox"/> Neuropathique	<input type="checkbox"/> Mixte	<input type="checkbox"/> Migraine		
<input type="checkbox"/> Nociceptive	<input type="checkbox"/> Douleur généralisée			
Intensité moyenne au cours des 7 derniers jours : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				



Raison de consultation et impression(s) diagnostique(s)

Nom de l'usager	N° de dossier
-----------------	---------------

Santé globale physique	Santé globale psychologique
<input type="checkbox"/> Cancer : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique (clairance créatine) _____ ml/min Date : _____ <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Abus et/ou consommation de substances, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Stress post-traumatique, précisez _____ <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Troubles anxieux <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

Interventions et investigations antérieures							
(Joindre le rapport. Si non disponible, indiquez la date si dans les 12 derniers mois (année, mois))							
Investigations médicales	Rapport joint	A venir	Date	Consultations spécialisées	Rapport joint	A venir	Date
Rayon-X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Clinique de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Précisez :			
TDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scintigraphie osseuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Approches thérapeutiques			
Interventions médicales				Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Programme d'exercices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bloc :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Réadaptation interdisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infiltration :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Traitement psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Médication (Joindre la liste actuelle)				
Médication essayée	En cours	Arrêté	Noms et posologies des Rx tentés (svp indiquez le maximum toléré)	Raison de l'arrêt
<input type="checkbox"/> AINS/Acétaminophène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Antidépresseurs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivants :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Narcotiques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Autre 1 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Autre 2 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ANTICOAGULANTS : _____ ANTIPLAQUETTAIRES (sauf AAS) : Oui Non

Pharmacie de l'usager (si coordonnées si disponibles) :

Tout rapport pertinent est joint à cette demande.
 Je comprends que toute demande incomplète sera retournée. En référant l'usager, je m'engage à assurer un suivi de sa condition de douleur chronique pendant le traitement et à la suite de son congé du CEGDC. Si je suis un médecin consultant spécialiste, je m'engage à informer le médecin traitant/de famille de cette demande de référence, et ce afin que le médecin traitant/de famille assure le suivi auprès de l'usager.

Réfèrent	Signature du médecin	Date
(Ligne privilégiée pour appel médecin à médecin)		Année Mois Jour

RÉFÉRENCES

1. COHEN, J.I. « Clinical practice: Herpes zoster », *The New England Journal of Medicine*, vol. 369, n° 3, 18 juillet 2013, p. 255-263. doi : 10.1056/NEJMcp1302674.
2. HAANPÄÄ, M., A.S.C. RICE et M.C. ROWBOTHAM. « Treating Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia », *Pain Clinical Updates*, vol. 23, n° 4, 2015, p. 1-8.
3. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Vaccin contre le zona : guide canadien d'immunisation*, [En ligne], mis à jour en août 2018. [<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-8-vaccin-contre-zona.html>] (Consulté le 18 novembre 2019).
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*, [En ligne], mis à jour le 2 mai 2019. [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/] (Consulté le 28 juillet 2018).
5. HAN, Y., et autres. « Corticosteroids for preventing postherpetic neuralgia », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, n° CD005582, 2013. doi : 10.1002/14651858.CD005582.pub4.
6. SPITZER, R.L., K. KROENKE et J.B. WILLIAMS. « Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire », *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, n° 18, 1999, p. 1737-1744.
7. SPITZER, R.L., et autres. « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD- 7 », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, n° 10, 2006, p. 1092-1097.
8. CLEELAND, C.S. *Brief Pain Inventory: User guide*, Houston, Texas, 2009.
9. FARRAR, J.T., et autres. « Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale », *Pain*, vol. 94, n° 2, 2001, p. 149-158.
10. DWORKIN, R.H., et autres. « Interventional management of neuropathic pain: NeuPSIG recommendations », *Pain*, vol. 154, n° 11, 2013, p. 2249-2261.

