

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE – REFERRAL FORM

Le Programme de Mentorat sur la douleur chronique à l'unité de gestion de la douleur Alan Edwards (UGDAE) est conçu pour apporter soutien et conseils aux patients souffrant de douleur chronique par des mentors qui ont eux même un vécu avec la douleur chronique. Les mentors ont suivi une formation pour offrir des informations et du support aux patients qui souffrent de douleur chronique. De l'éducation et des outils visant à promouvoir un bien-être et une meilleure qualité de vie seront proposés lors de rendez-vous individuels et/ou par le biais d'ateliers de soutien pour les patients et leurs familles.

The Chronic Pain Peer Mentorship Program at the Alan Edwards Pain Management (AEPMU) is designed to give you support and guidance from Peer Mentors who have lived experience with chronic pain. The peer mentors have been trained to provide information and to support patients who are struggling with their chronic pain condition. Education and tools to promote continued well-being and improved quality of life will be offered individually and through support workshops for patients and their families.

Coordonnées du patient / Patient Contact Information:

JJ-DD / MM / AA-YY _____ Date	_____ Langue(s) - Language(s)
_____ Nom - Last Name	_____ Prénom - First Name
JJ-DD / MM / AA-YY _____ Date de naissance - Date of Birth	_____ Personne à contacter - Contact Person
_____ Téléphone - Telephone	_____ Courriel – Email
_____ Nom de Médecin – Name of GP	_____ Téléphone - Telephone

Équipe Clinique / Clinical Team:

* Référé par / Referred by:

 Nom du Clinicien – Name of Clinician

Professionnel(s) de la santé impliqué(s) dans les soins à UGDAE / Health care provider(s) involved in care at the AEPMU:

_____ Nom - Name	_____ Spécialité-Specialty
_____ Nom - Name	_____ Spécialité-Specialty



D'autres Informations / Other information:

Est-ce que le patient est suivi en psychologie à UGDAE? / Is the patient followed in psychology at AEPMU?

Oui/Yes

Non/No

Est-ce que le patient a participé au groupe de psychothérapie à UGDAE? / Has the patient participated in the AEPMU group psychotherapy?

Oui/Yes

Non/No

Quels autres professionnels de la santé à l'UGDAE sont impliqués dans les soins de ce patient? / Which other professionals at AEPMU are involved in the patient's care?

Psychologue / Psychologist

Travailleuse sociale/ Social Worker

Psychiatre / Psychiatrist

Infirmière / Nurse

Physiothérapeute / Physiotherapist

Autres / Other: _____

Veuillez indiquer pour quelle raison vous référez le patient / Please indicate what you are referring the patient for:

Pour recevoir des conseils par un mentor / To be mentored

Pour devenir un mentor / To become a mentor

Veuillez fournir une brève description du patient et de la manière dont il pourrait bénéficier du CPPMP/ please provide a brief description of the patient and how they may benefit from the CPPMP: _____

Quelle est la méthode préférée du patient pour être contacté par le CPPMP? / What is the patient's preferred method of contact by the CPPMP: Phone Email

En signant ci-dessous, le patient consent à ce que ses coordonnées et ce formulaire soient communiqués au Programme de mentorat sur la douleur chronique. By signing below the patient has given consent or verbal consent for the clinician to share this form and their contact information with the Chronic Pain Peer Mentorship Program.

Signature du patient – Patient Signature

Signature du Clinicien – Clinician Signature

Once completed, please send the referral form back to chronicpainpeermentorprogram@gmail.com