Centre Ellipse

19 rue du Fossé des Treize

67000 STRASBOURG

Téléphone : 03 88 85 99 50

Fax : 03 67 34 34 84

centre-ellipse@medical67.apicrypt.org

secretariat@centre-ellipse.fr

**Demande d’inclusion au Centre Ellipse**

**Douleurs Chroniques**

 Date :

Bonjour,

Je vous prie de bien vouloir inclure au Centre Ellipse :

NOM : Prénoms :

Né.e le : Sexe

Téléphone :

Adresse :

Courriel : @

**Médecin traitant :** Dr.

**Indications pour l'inclusion au Centre Ellipse:**

Douleurs neuropathiques chroniques : douleurs centrales, douleurs radiculaires, douleurs tronculaires, douleurs de neuropathies des petites fibres, névralgies faciales, douleurs pelviennes chroniques

Fibromyalgie

Syndrome douloureux chroniques d’étiologie indéterminées avec composante neuropathiques

**Ses antécédents médicaux sont :**

**Le patient suit le ou les traitements suivants :**

Prescripteur : Nom : Prénom :

Signature