

**HOSPITALITÉ LIMOUSINE ET MARCHOISE**  
**PELERINAGE DIOCESAIN**

**LOURDES du 25 au 29 juillet 2023**

**DOSSIER MÉDICAL**

À joindre à la demande d'admission, sous pli cacheté,  
à l'attention de Monsieur le Dr Pierre BOURRAS  
Médecin Responsable du Pèlerinage

Car

Secteur

Chambre

*Cadre réservé à l'hospitalité*

M  Mme  Mlle  Père  Sœur

NOM : .....

Prénom : .....

*Le Docteur Pierre BOURRAS, délégué par le Collège médical de l'Hospitalité de LIMOGES, prie le médecin traitant de bien vouloir lui communiquer tous les renseignements concernant ce patient afin d'appliquer le protocole thérapeutique instauré par ses soins et assurer sa surveillance pendant son séjour à Lourdes. Il l'assure du respect du secret professionnel et le prie de croire à l'expression de ses remerciements confraternels.*

**1 / PATHOLOGIE PRINCIPALE**

Poids : ..... Taille : ..... Coefficient GIR : .....

**2/ Antécédents médicaux**

<b>Cardio-vasculaire</b>	HTA <input type="checkbox"/>	Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/>	angor <input type="checkbox"/>
	Artérite <input type="checkbox"/>	Trouble du rythme <input type="checkbox"/>	Autre : .....
<b>Digestifs</b>	Sonde gastrique <input type="checkbox"/>	Alimentation par gastrotomie <input type="checkbox"/>	Autre : .....
<b>Pulmonaires</b>	Insuffisance respiratoire <input type="checkbox"/>	Trachéotomie <input type="checkbox"/>	BPCO <input type="checkbox"/>
	Apnée du sommeil <input type="checkbox"/>	VNI : .....	Autre : .....
	Oxygène <input type="checkbox"/>	Débit/min : .....	Extracteur <input type="checkbox"/>
<b>Neurologiques</b>	Séquelles d'AVC <input type="checkbox"/>	Désorientation <input type="checkbox"/>	Perte d'autonomie <input type="checkbox"/>
	Handicap moteur léger <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Lourd <input type="checkbox"/>
	Syndrome démentiel <input type="checkbox"/>	Autre : .....	
<b>Psychiatriques</b>	Schizophrénie <input type="checkbox"/>	Syndrome dépressif <input type="checkbox"/>	Autre : .....
<b>Risques Particuliers</b>	fugues <input type="checkbox"/>	Suicide <input type="checkbox"/>	
<b>Affections infectieuses</b>	VIH <input type="checkbox"/>	Hépatites <input type="checkbox"/>	Autre : .....
<b>Soins infirmiers</b>	Escarres <input type="checkbox"/>	Pansements <input type="checkbox"/>	Contention veineuse <input type="checkbox"/>
	Soins de Stomie <input type="checkbox"/>	Perfusion <input type="checkbox"/>	Injection : .....
	Incontinence <input type="checkbox"/>	Etui pénien <input type="checkbox"/>	Sonde vésicale <input type="checkbox"/>
	Glycémie capillaire <input type="checkbox"/>	Fréquence .....	Autre : .....

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### 3/ Allergies

Oui

Non

Lesquelles.....

### 4/ Pendant le Séjour

Hémodialyse

Biologie .....

Kinésithérapie

Motif ..... Fréquence.....

### 5/ Antécédents chirurgicaux

### 6/ Autonomie Motrice

Transfert  Seul(e)  Partiellement  Aide totale

Toilette  Seul(e)  Partiellement  Aide totale

Habillage  Seul(e)  Partiellement  Aide totale

Alimentation  Seul(e)  Partiellement  Aide totale

Elimination  Seul(e)  Partiellement  Aide totale

### 7/ Communication

Oreille  Normal  Malentendant non appareillé  Malentendant appareillé

Vue  Normal  Malvoyant  Non voyant

Langage  Normal  difficile  impossible

### 8/ Mode d'alimentation - Régime

#### FAUSSES ROUTES

Oui

Non

Alimentation  Normal  Haché  Mixé

Régime  Normal  diabétique  Sans sel

Autre : .....

### 9/ Conditions de déplacement et de stationnement à Lourdes

A pied

dans un fauteuil personnel électrique

### 10/ Modalités du voyage (très important) → trajet en car environ 6 heures

○ Le malade dispose –t-il d'un fauteuil roulant personnel oui  non   
d'un déambulateur oui  non

○ Doit-il **obligatoirement** voyager : Couché   
Assis dans son fauteuil roulant  (important dans les cars médicalisés)

### 11/ dans les salles ou les sanctuaires Commodités à prévoir

Lit médicalisé ○ avec barrières ○ avec potence ○

Matelas anti-escarre oui ○ non ○

Autres (préciser) .....

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**12/ TRAITEMENTS**

**A prévoir et à apporter pour la durée du pèlerinage de 5 jours (Ecrire en lettres capitales)**

**PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE : AMENER VOTRE DERNIERE ORDONNANCE +++**

MEDICAMENTS	Posologie	Matin	Midi	Soir	Coucher	Voie d'administration

Gestion autonome du traitement : oui  non

Présence éventuelle d'un accompagnant dans la chambre oui  non

**Dispositifs médicaux, injections, appareillage, couches pour incontinence...**

*A AMENER IMPERATIVEMENT EGALEMENT POUR LA DUREE DU PELERINAGE*

**13/ vaccinations**

Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Hépatite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Vaccin Covid	<input type="checkbox"/> Oui	Date dernière injection :	
Groupe sanguin (si connu) : .....			

**Avec mes plus vifs remerciements pour le temps passé à remplir ces fiches qui permettront d'optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient.....**

Cachet et signature du médecin

Nom du médecin : .....

Numéro de téléphone : .....

Date :