



NOM :

Prénom :

### 3/ Antécédents médicaux

### Antécédents chirurgicaux

### 4/ Allergies

Oui

Non

Lesquelles .....

Intolérance GLUTEN

### 5/ Soins infirmiers

Escarres

Perfusion

Contention veineuse

Glycémie capillaire

Soins de Stomie

Etui pénien

Injection : .....

Pansements

Incontinence

Fréquence .....

Sonde vésicale

Autre : .....

### 6/ Kinésithérapie

Motif : .....

Fréquence : .....

### 7/ Autonomie Motrice

Déplacement  Seul(e)  Canne  Déambulateur  Fauteuil manuel  électrique

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  Fauteuil Garde Robe

### 8/ Communication

Audition  Normal  Malentendant non appareillé  Malentendant appareillé

Vue  Normal  Malvoyant  Non voyant

Langage  Normal  difficile  impossible

### 9/ Mode d'alimentation - Régime

FAUSSES ROUTES

Oui

Non

Alimentation  Normal  Haché/Mixé  Mixé/Lisse

Régime  Normal  diabétique  Sans sel

Autre : .....

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

❖ La personne doit-elle **obligatoirement** voyager : Couchée

Assise dans son Fauteuil manuel  / électrique  (important dans les cars médicalisés)

❖ La personne peut-elle monter seule les marches d'accès aux places assises d'un autocar : oui  non

❖ La personne peut-elle, moyennant transferts, voyager sur les sièges adaptés d'un autocar : oui  non

NOM :

Prénom :

**11/ Dans les salles ou les sanctuaires.** Commodités à prévoir

Lit médicalisé  avec barrières  avec potence  Lève-malade

Matelas anti-escarre oui  non  Autres (préciser) : .....

**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... POUR LA DUREE DU PELERINAGE**

**Merci d'apporter les protections pour incontinence... POUR LA DUREE DU PELERINAGE**

**13/ vaccinations**

Tétanos  Oui  non  Ne sait pas

Hépatite  Oui  non  Ne sait pas

Vaccin Covid  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 : .....