

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 :