

DOSSIER MÉDICAL

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

M Mme Mlle Père Sœur

NOM :

Prénom :

Car

Secteur

Chambre

Cadre réservé à l'hospitalité

Le Docteur Olivier GARRAUD, 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.

Poids : Taille : Coefficient GIR :

1 / PATHOLOGIES ACTUELLES PRINCIPALES

2/ Antécédents médicaux

Cardio-vasculaire HTA Insuffisance cardiaque angor
 Artérite Trouble du rythme Anti-coagulant
 Défibrillateur Pace-Maker Autre :

Digestifs Alimentation parentérale Alimentation par sonde Préciser :
 Pathologie gastroduodénale Pathologie digestive basse Risque fécalome

Pulmonaires Insuffisance respiratoire Trachéotomie BPCO
 Apnée du sommeil VNI Pression Positive Continue
 Oxygène Débit/min : Asthme Extracteur

Neurologiques Séquelles d'AVC Handicap moteur modéré Perte d'autonomie
 Handicap moteur léger Déambulation Handicap moteur lourd
 Syndrome démentiel Syndrome Parkinsonien Douleurs neurologiques
 Désorientation Autre :

Psychiatriques Schizophrénie Syndrome dépressif Autre :

Risques fugues Suicide Délire

Particuliers

NOM : _____

Prénom : _____

Maladies infectieuses

VIH

Hépatites Autre : _____

Insuffisance Rénale

Dialyse

DFG (Cockcroft)

Avez-vous été transplanté

Préciser le type _____

Diabète

DNID

DID

Pompe

Capteur

Nécessité de dextro

Carnet de surveillance

Surveillance simple

Surveillance rapprochée

Pour les personnes insulino dépendantes ou requérantes, apporter le carnet de surveillance des glycémies capillaires et le dispositif personnel de mesure (lecteur, stylets)

3/ Antécédents médicaux et chirurgicaux

4/ Allergies

Alimentaire

Cutané

Intolérance GLUTEN

Oculaire

Respiratoire

Intolérance LACTOSE

Avez-vous fait un œdème ou une crise sévère nécessitant une manœuvre d'urgence ?

Si allergie sévère , munissez-vous en permanence de votre kit de secours.

5/ Soins infirmiers ou pansements

Escarres

Perfusion

Contention veineuse

Glycémie capillaire

Soins de Stomie

Etui pénien

Injection : _____

Pansements

Incontinence

Fréquence _____

Sonde vésicale

Autre : _____

6/ Kinésithérapie

Mobilisation

Respiratoire

Motif : _____ Fréquence : _____

7/ Autonomie Motrice

Déplacement	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> 1 Canne <input type="checkbox"/> 2 Canne	<input type="checkbox"/> Déambulateur	Fauteuil manuel <input type="checkbox"/>	électrique <input type="checkbox"/>
Transfert	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Partiellement	<input type="checkbox"/> Aide totale		
Toilette	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Partiellement	<input type="checkbox"/> Aide totale		
Habillage	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Partiellement	<input type="checkbox"/> Aide totale		
Alimentation	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Partiellement	<input type="checkbox"/> Aide totale		
Elimination	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Partiellement	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Fauteuil Garde Robe	

8/ Communication

Audition Normal Malentendant non appareillé Malentendant appareillé

Vue Normal Malvoyant Non voyant

Langage Normal difficile impossible

NOM : _____

Prénom : _____

9/ Mode d'alimentation - Régime

FAUSSES ROUTES

Oui

Non

Alimentation	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Haché/Mixé	<input type="checkbox"/> Mixé/Lisse
Régime	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> diabétique	<input type="checkbox"/> Sans sel
Mange seul	<input type="checkbox"/> Besoin d'aide au repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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

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

Lit médicalisé avec barrières avec potence Lève-malade

Matelas anti-escarre oui non Verticalisateur 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 VOS DERNIERES ORDONNANCES +++

- Conservez avec vous le traitement du jour qui vous sera donné lors du pique-nique pendant le voyage.
- Apportez aussi les résultats du dernier bilan sanguin si votre état de santé est fragile, cela aidera les médecins à mieux vous connaître.

MEDICAMENTS	Posologie	Matin	Midi	Soir	Coucher	Voie d'administration

NOM : _____

Prénom : _____

Gestion autonome du traitement : oui non

Pour toute pathologie grave nécessitant un traitement particulier (chimiothérapie orale, hormones, injections, fer, etc.), MERCI SVP d'apporter un courrier de votre médecin permettant à l'équipe médicale de l'hospitalité de mieux connaître vos besoins spécifiques.

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	<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 :	

Avec mes plus vifs remerciements pour le temps passé à remplir ces fiches qui permettront d'optimiser le RELAI TEMPORAIRE de la prise en SOINS et de l'ACCOMPAGNEMENT de votre patient, en vous remerciant pour votre confiance.

Cachet et signature du médecin

Nom du médecin :

Numéro de téléphone :

Date :