

## DOSSIER MÉDICAL

À joindre à la demande d'admission, sous pli cacheté,  
à l'attention des Dr Olivier GARRAUD et Pierre BOURRAS

Médecins Référents du Pèlerinage

M  Mme  Mlle  Père  Sœur

NOM : .....

Prénom : .....

Car
Secteur
Chambre
<i>Cadre réservé à l'hospitalité</i>

Les Docteurs Olivier GARRAUD et Pierre BOURRAS, délégués par le Collège médical de l'Hospitalité de LIMOGES, prient le médecin traitant de bien vouloir leur 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. Ils l'assurent du respect du secret professionnel et le prient de croire à l'expression de leurs remerciements confraternels.

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

### 1 / PATHOLOGIES ACTUELLES PRINCIPALES

.....

.....

### 2/ Antécédents médicaux

#### Cardio-vasculaire

HTA  Insuffisance cardiaque  angor

P.A habituelle : 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

voyage avec O<sub>2</sub>

voyage sans O<sub>2</sub>

SaO<sub>2</sub> habituelle : .....

#### 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 Particuliers

fugues

Suicide

Délires

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

Les personnes traitées par insuline doivent amener leur stylos à insuline, leurs aiguilles, leur dispositif personnel de mesure avec **1 capteur de rechange** s'ils en utilisent un, et **le boîtier de lecture** (anciennement lecteur), leur lecteur avec leurs bandelettes s'ils se surveillent en capillaire et leur carnet de surveillance.

Pour les personnes malades traitées par pompe, merci de prendre 3 cathéters de rechange, et de préciser si la pompe fonctionne en boucle ouverte ou fermée.

**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 |                                     |

NOM : ..... Prénom : .....

### 8/ Communication

**Audition**       Normal                       Malentendant non appareillé                       Malentendant appareillé

---

**Vue**               Normal                       Malvoyant                       Malvoyant

---

**Langage**       Normal                       difficile                       difficile

### 9/ Mode d'alimentation - Régime

FAUSSES ROUTES              Oui                       Non

---

**Alimentation**               Normal                       Haché/Mixé                       Mixé/Lisse

---

**Régime**                       Normal                       diabétique                       Sans sel

---

Mange seul               Besoin d'aide au repas               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**

**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
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

**Merci d'apporter les protections pour incontinence... POUR LA DUREE DU PELERINAGE**  
**Dispositifs médicaux, injections, appareillage... 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 : .....

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 :