

**Attention
secret médical**

HOSPITALITÉ
PELERINAGE DIOCESAIN DE BOURGES
LOURDES – du 29 JUILLET AU 03 AOÛT 2024



DOSSIER MÉDICAL

NOM (M., Mme) :(À remplir par le pèlerin accompagné)

Prénoms :

Né(e) le :/...../..... Téléphone (fixe et/ou portable).....

Adresse :

.....Code Postal.....Ville.....

N° Sécurité Sociale : . / . . / . . / . . / . . / . .

S'agit-il de votre premier pèlerinage en tant que pèlerin accompagné ? Oui Non

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ :

Nom..... Prénom.....

Téléphone fixe et/ou portable :

Le Docteur Brigitte DELCHER, déléguée par le Collège médical de l'Hospitalité, 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.

PATHOLOGIE PRINCIPALE

VOYAGE : Nécessité que la personne voyage allongée dans le CAR PMR : Oui Non

ATCD médicaux :

chirurgicaux :

Etat psychologique :

Eventuels troubles du comportement risque de fugue Oui Non

Désorientation temporo-spatiale possible Oui Non

La perception par le médecin traitant du handicap du patient et de son retentissement sur sa qualité de vie Invalidité importante Moyenne Légère

Appareillage éventuel complémentaire (prévoir et apporter le matériel nécessaire) :

Oxygénothérapie Oui Non (matériel à préciser.....)

Ventilation Oui Non (matériel à préciser.....)

Préciser le nom de l'organisme de gestion du matériel respiratoire :

Lunette Oui Non Canne Oui Non

Prothèse dentaire Oui Non Nombre : Déambulateur Oui Non

Prothèses auditives Oui Non Nombre :

Allergies ou autres intolérances :



Vaccinations : Tétanos Oui Non Ne sait pas

Groupe sanguin (si connu) :

Dialyse : Oui Non

Coordonnées du centre de dialyse :

Stomie : Oui Non Type :

SOINS INFIRMIERS (à remplir par l'IDE ou le médecin)

POIDS : Kg

TAILLE : cm

Prévoir et apporter le traitement, les injections, les changes et tout l'appareillage nécessaire pour la durée du pèlerinage de 6 jours.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

(AMENER VOTRE DERNIERE ORDONNANCE, VOTRE CARTE VITALE, VOTRE SEMAINIER)

(Ecrire en lettres capitales)

MEDICAMENTS	Posologie matin	Posologie midi	Posologie soir	Posologie coucher

Gestion autonome du traitement : Oui Non Préparé par un tiers

Si non, merci de préciser le nom, l'adresse et le n° de téléphone du cabinet ou de l'IDE (si la personne est à domicile) ou du service et du poste infirmier (si la personne est en EHPAD ou à l'hôpital) :

..... Tél :

Dispositifs médicaux, injections :

.....

Soins spécifiques :

Pansements :

Escarres : Oui Non

Si oui, localisations et sévérité :

Avec mes plus vifs remerciements pour le temps passé à remplir cette fiche qui permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient.

Nom du médecin :

Numéro de téléphone : Date :

atteste qu'à ce jour l'état clinique de son patient lui permet de participer au pèlerinage.

Cachet et signature du médecin