

# DOSSIER MEDICAL

## PELERINAGE A LOURDES

A RENVoyer DANS L'ENVELOPPE JOINTE ADRESSÉE AU MÉDECIN DE L'HOSPITALITÉ

PHOTO

**TOUT DOSSIER INCOMPLET ET NON SIGNE PAR  
LE REPRESENTANT LEGAL NE SERA PAS RETENU**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE

Monsieur  Madame  Enfant (cocher la case utile)

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Vous venez d'une maison de retraite ? Laquelle .....

Avez-vous déjà participé à un pèlerinage comme personne malade :  Non  Oui (Année(s) : .....

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Lien de parenté (ou qualité) : .....

### MEDECIN CONSTITUANT LE DOSSIER

Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

### DEMARCHE SPECIALE

Autorisation d'opérer :  OUI  NON

### PARTICIPATION AUX FRAIS

*Nous souhaitons que tout malade participe aux frais du voyage et du séjour à Lourdes dans la mesure de ses moyens.*

Ma participation en fonction de mes revenus se limite à : ..... €

### Case à compléter OBLIGATOIREMENT :

Nom de l'Hospitalier(e) qui vous a remis  
le dossier :

.....

### J'ai pris connaissance qu'en allant à Lourdes :

- ◆ je serai hébergé dans un Accueil (et non un hôpital).
- ◆ je suivrai le traitement médical que m'aura prescrit mon Médecin, sous la surveillance du personnel de santé qui vient à Lourdes bénévolement.
- ◆ j'autorise la commission médicale à décider mon hospitalisation à l'hôpital de Lourdes si mon état de santé le nécessite.
- ◆ je décharge la Direction du Pèlerinage et l'Hospitalité Diocésaine de Nice de toute responsabilité en cas d'accident ou de décès.

Signature des parents pour un mineur ou de la tutelle :

Date et signature du malade :

## OBSERVATIONS DESTINEES AU CORPS MEDICAL

(À remplir par le médecin traitant)

Nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... Poids : ..... Taille : .....

Diagnostic précis de l'affection ou du handicap principal :

→

S'agit-il d'une maladie contagieuse ?  Oui  Non

◇ Antécédents :  Prothèse  Pace maker  Autre (préciser dans le cadre prévu à cet effet)

Médicaux	Chirurgicaux

◇ Allergie connue : .....

◇ Régime à suivre : (cocher toutes les cases utiles)

Normal  Mixé  Diabétique  Sans Sel  Sans résidus  Végétarien  Autre : .....

◇ Bilan d'autonomie :

<b>Etat Physique</b>	<input type="checkbox"/> Très mauvais	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Bon
<b>Vigilance</b>	<input type="checkbox"/> Inconscient <input type="checkbox"/> DTS	<input type="checkbox"/> Confus	<input type="checkbox"/> Apathique	<input type="checkbox"/> Alerte
<b>Mobilisation</b>	<input type="checkbox"/> Doit rester constamment allongé <input type="checkbox"/> Kinésithérapie (préciser) :	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant mécanique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant Electrique	<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Cadre de marche	<input type="checkbox"/> Valide
<b>Elimination Urinaire</b>	<input type="checkbox"/> Incontinence (taille protection : .....)	<input type="checkbox"/> Appareillage (préciser) :	<input type="checkbox"/> Doit être conduit aux WC	<input type="checkbox"/> RAS
<b>Elimination Intestinale</b>	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Appareillage (préciser) :	<input type="checkbox"/> Doit être conduit aux WC	<input type="checkbox"/> RAS
<b>Etat Cutané</b>	<input type="checkbox"/> Escarre (stade et localisation : .....) <input type="checkbox"/> Autre plaie : .....			<input type="checkbox"/> Intégrité de peau
<b>Hygiène &amp; Habillement</b>	<input type="checkbox"/> Toilette complète	<input type="checkbox"/> Aide à la toilette	<input type="checkbox"/> Autonome	
<b>Alimentation</b>	<input type="checkbox"/> Risque fausse route	<input type="checkbox"/> Nutrition entérale	<input type="checkbox"/> Mange avec aide	<input type="checkbox"/> Autonome
<b>Respiration</b>	<input type="checkbox"/> Appareillage (préciser)	<input type="checkbox"/> Installation (préciser):	<input type="checkbox"/> Kiné respiratoire	<input type="checkbox"/> R.A.S.
<b>Etat Psychique</b>	<input type="checkbox"/> Déprimé	<input type="checkbox"/> Agressif	<input type="checkbox"/> Angoissé	<input type="checkbox"/> Bon Moral
<b>Sommeil &amp; Repos</b>	<input type="checkbox"/> Agité	<input type="checkbox"/> Dort peu	<input type="checkbox"/> Dort bien	<input type="checkbox"/> Somnifère (préciser dans la partie traitement)
<b>Douleur</b>	<input type="checkbox"/> Douleur chronique (préciser dans la partie traitement)	<input type="checkbox"/> Douleur aiguë (préciser dans la partie traitement)	<input type="checkbox"/> Pas de douleur	

**Tout appareillage utile devra être emporté !!  
Il sera enregistré à votre départ de Nice**

# Traitements

Allergie(s) connue(s) :

.....

Nom : .....

Prénom : .....

N° de Salle : .....

## DATE

M M S N

**TRAITEMENT, DOSAGE et POSOLOGIE à renseigner par le médecin constituant le dossier**  
(Utiliser une ligne par médicament en indiquant la posologie dans les cases adéquates)

Exemple : **PLAVIX 75 mg** (1 CP par jour le matin)

	M	M	S	N
	1	0	0	0
A				
B				
C				
D				
E				
F				
G				
H				
I				
J				
K				
L				
M				
N				
O				
P				

Nom et cachet du médecin constituant le dossier :

Vaccination anti tétanos à jour :  OUI  NON  Ne sait pas

TRAITEMENT INJECTABLE (préciser dans le tableau)	INSULINOTHERAPIE (préciser dans le tableau)	AEROSOLTHERAPIE (précisez dans le tableau)
ANTICOAGULANT S/C	OXYGENOTHERAPIE (précisez le débit):	PROTOCOLE PANSEMENT <input type="checkbox"/> OUI (le joindre) <input type="checkbox"/> NON
SOINS SPECIFIQUES (Stomie, sonde vésicale, ...)	DIVERS	

# Administration des traitements

Nom : .....

Prénom : .....

N° de Salle : .....

Gestion autonome des médicaments :  OUI  NON

## Cadre réservé à l'Hospitalité durant le Pèlerinage

	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N
A																								
B																								
C																								
D																								
E																								
F																								
G																								
H																								
I																								
J																								
K																								
L																								
M																								
N																								
O																								
P																								

Observations durant le séjour :