



# HOSPITALITÉ SAINT ROCH

**impérativement :**

**Nom de l'hospitalier présentant le dossier.....**  
**Téléphone.....**

**Pèlerinage de Montpellier à LOURDES**  
**Du Lundi 15 au Vendredi 19 Juillet 2024 (5 jours)**

## **DOSSIER d'information sur le patient**

- À remplir par  Le **médecin traitant**,  
 Un professionnel de santé  
 Une personne proche du patient

**À adresser, sous enveloppe affranchie à**  
**Dr Jean Pierre Dussol, Centre Le Rabelais, 3 avenue Jean-Marie Fabre, 34500 BÉZIERS**

Mr  Mme

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

Né(e)le ..... Téléphone (fixe ou portable) .....

Adresse : .....

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

**Téléphone de la personne à contacter au retour :** .....

**Personne à prévenir en cas de nécessité : si différente de la personne à contacter au retour**

Nom.....Prénom.....

Téléphone fixe ou portable : .....

***Le Docteur Jean Pierre Dussol, délégué par le Collège médical de l'Hospitalité St Roch, prie le Médecin traitant ou autre aidant de bien vouloir lui communiquer tous les renseignements concernant ce patient afin d'appliquer le protocole thérapeutique instauré par le médecin traitant et assurer sa surveillance pendant son séjour à Lourdes. Il l'assure du respect du secret médical.***

**PATHOLOGIE PRINCIPALE :** .....

**Description de l'état de santé du patient:**.....

**Antécédents :** .....

**Perception du handicap du patient et de son retentissement sur sa qualité de vie :**

invalidité importante  moyenne  légère\_

**Prenez vous comme traitement**

Des anticoagulants : oui  non   
De l'Insuline : oui  non   
De la Morphine ou équivalent : oui  non

**EVALUATION GENERALE**

**Communication verbale** :..... oui  non

**Eventuels troubles du comportement** :

Risque de fugue oui  non   
Détérioration intellectuelle : légère  moyenne  sévère

**MODALITÉS DU VOYAGE** *Très important* → trajet en car environ 6 heures, arrêt compris

Préfère-t-il voyager :  Assis en place ordinaire  
 Assis dans son fauteuil roulant manuel  
 Assis dans son fauteuil roulant électrique (si pas possible de faire en FR manuel)  
 couché (exceptionnel)

**Dans les salles ou les sanctuaires :**

Lit médicalisé  électrique  avec barrières  avec potence

**Accompagnant éventuel**

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....  
Lien relationnel avec le malade : .....

**Avec mes plus vifs remerciements pour le temps passé à remplir cette fiche qui nous permettra de mieux vous accompagner**

Nom de la personne qui a rempli cette fiche : .....  
Lien avec la personne prise en charge : .....  
Nom du Médecin traitant : ..... Tel Médecin traitant : .....  
N° de téléphone : .....  
Courriel : .....@.....  
Date : ..... Signature :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Les destinataires des données sont le corps médical de l'Hospitalité .....  
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Docteur X.....  
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**SOINS INFIRMIERS** (À compléter par le médecin traitant ou IDE)

NOM : ..... Prénom : ..... Age.....

POIDS : .....Kg TAILLE : .....cm IMC (rapport P/T<sup>2</sup>) .....

Pansements (prévoir le nécessaire pour la durée du pèlerinage) : .....

**Allergie ou Intolérance** oui  non  précisez : .....

Autonomie pour les soins d'hygiène : oui  non

Aide à l'habillage oui  non

Soins spécifiques : **Escarres** oui  non

**Urinaires** Incontinence urinaire oui  fécale oui   
Pénilex oui   
Sonde urinaire oui

**Appareillage éventuel complémentaire :**

Oxygénothérapie oui  (organisme prestataire .....)  
Ventilation ou PPC oui  (organisme prestataire.....)  
Stomie oui  (type :.....)  
Autre .....

**Kinésithérapie** : oui  → Type de prise en charge : .....

Dialyse : oui

**GIR** (degré de dépendance du malade) : (lourd)  1  2  3  4  5  6 (léger)

**ALIMENTATION :**

**Troubles de la déglutition** OUI  NON  au liquide  au solide

Est-ce que le patient mange seul oui  non

**Régime** : Normal.....  
Adapté : Sans sel.....  Mixé..... Viande hachée .....  
Petits morceaux ..... Diabétique .....

**Régime alimentaire de l'accompagnant (s'il y a lieu) à préciser :** .....

**Nutrition parentérale (apporter le matériel nécessaire : pompe, tubulures, nutriments pour la durée du séjour):** .....

**Divers :**

Vaccinations : Tétanos oui  non  ne sait pas

Sérologie HIV (si connue) positive  négative

Vaccination COVID oui  non

