



HOSPITALITÉ SAINT ROCH

impérativement : Nom de l'hospitalier présentant le dossier.....
Téléphone..... Commune.....

Pèlerinage de Montpellier à LOURDES
Du Samedi 15 au Mercredi 19 Juillet 2023 (5 jours)

DOSSIER MÉDICAL

A remplir par le médecin, l'infirmière ou l'aide-soignant ayant en charge le patient

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

M Mme Mlle **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 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 :

ATCD :

Allergies ou autres intolérances

Perception par le médecin traitant 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 (important dans les cars médicalisés)
 couché

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 permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient

Cachet du médecin

Nom du médecin :
Adresse :
N° de téléphone :
Courriel :@.....
Date : Signature :

N.B. : le cas échéant, le médecin traitant voudra bien faire connaître le montant de ses honoraires (..... €) afférents à cet examen, qui ne pourraient être réclamés à un malade sans ressource ; le règlement sera alors effectué par l'Hospitalité.....

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/T²)

Soins spécifiques :

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

Si oui, Localisation et stade :

Coussin anti-escarre oui (si oui, le prévoir)

Urinaires Incontinence urinaire oui fécale oui

Penilex 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 <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	au liquide <input type="checkbox"/>	au solide <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Autonomie alimentaire oui non

Régime : Sans sel.....

Mixé.....

Diabétique

Haché

Normal

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

(APPORTER LA DERNIÈRE ORDONNANCE et PILULIER si disponible)

A prévoir et à apporter pour la durée du pèlerinage de 5 jours (Ecrire en lettres capitales)

PRESCRIPTION				
MEDICAMENTS	POSOLOGIE			
cp, pommade, collyre, inject°	Matin	Midi	Soir	Couché

Gestion autonome du traitement : oui non

Si accompagnant dans la chambre, gère t'il la prise de médicament du pèlerin malade ? oui non

Dispositifs médicaux, injections, appareillage, protections pour incontinence...

A APPORTER IMPÉRATIVEMENT POUR LA DURÉE DU PÈLERINAGE

.....

Transmissions du séjour : (partie réservée au corps médical pendant le pèlerinage)

.....
