

- Le patient présente-t-il un handicap moteur ? Oui - Non
- Nature du handicap:
- Doit-il voyager **impérativement** dans SON fauteuil roulant ? Oui – Non
- (important pour les bus médicalisés)

Ou **exclusivement allongé**? Oui – Non - **A-t-il besoin d'aide pour les actes quotidiens ?**

- | | |
|---|---|
| - Peut-il se lever seul ? <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> | si Oui - pour faire sa toilette ? <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> --- |
| - Peut-il marcher seul ? <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> | - pour s'habiller <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> -- |
| si Oui → avec aide <input type="checkbox"/> ou sans aide <input type="checkbox"/> | - pour manger ? <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> |
| - Peut-il rester assis ? <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> | Souffre-t-il de troubles sphinctériens ? <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> |
| - Utilisera-t-il son fauteuil personnel ? <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> | si Oui a) pour - <u>incontinence anale</u> ? <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> |
| | avec protections nécessaires <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> |
| | b) pour - <u>incontinence vésicale</u> ? <input type="checkbox"/> Oui – Non <input type="checkbox"/> |
| | avec protection par * : étui pénien <input type="checkbox"/> -sondage vésical <input type="checkbox"/> |

* En cas de forte incontinence, il serait préférable que le malade soit sondé.

TRAITEMENT ACTUEL: Le patient devra se munir de son traitement et de son ordonnance.

Médicaments:	Matin	Midi	Soir	Nuit
méd.1:				
méd.2:				
méd.3:				
méd.4:				
méd.5:				
méd.6:				

Joindre obligatoirement la copie de la dernière ordonnance agrafée

Soins infirmiers à effectuer durant le séjour (Contrôle glycémie, pansements, injections...) :

- Soins spécifiques escarres : oui non Si oui, localisation et sévérité.....

- Allergies cutanées connues :

Appareillage éventuel complémentaire:

O2thérapie oui non organisme prestataire:.....

Ventilation ou PPC oui non organisme prestataire.....

Stomie oui non type.....

Si diabète : lecteur de glycémie, bandelettes adaptées et carnet de surveillance à emporter.

➔ **Régime alimentaire** : Le malade, pendant la durée du pèlerinage (5 jours), peut-il déroger à son régime habituel ? Oui - Non

Si **Non** : Diabétique - Sans sel - Sans sel ni sucre - Mixé Haché

Allergies à certains aliments :

Possibilité de **fausses routes** Oui – Non

➔ - Votre patient devra se munir de sa carte "Vitale" et de l'attestation de Sécurité Sociale si soins imprévus.

ATTENTION ! VOYAGE EN CAR aller comme retour de 12 heures.

Je soussigné Docteur.....

Certifie que Mr, Mme,.....

Ne présente aucune contre-indication au voyage et au séjour à Lourdes encadré par l'Hospitalité Diocésaine Varoise, sous l'assistance médicale des Drs Christian Perrein, José Gadéa, Evelyne Fouilloux, Alain Aussilhou, François Tiberghien, Marc Decugis et de l'ensemble de l'équipe paramédicale.

Fait à.....le.....

Cachet

Signature du médecin traitant

DOSSIER MÉDICAL
DIOCÈSE DE FRÉJUS - TOULON
PÈLERINAGE DIOCÉSAIN À LOURDES DU 10 AU 15 JUILLET 2022

Cher confrère, chère consœur,

Votre patient(e) Mr , Mme.....
a fait une demande de participation au Pèlerinage Diocésain à Lourdes.

Durant son séjour, il (elle) sera pris(e) en charge par une équipe médicale bénévole dans un établissement sanitaire. Les soins infirmiers seront effectués par des infirmiers diplômés exerçant en milieu libéral ou hospitalier.

Afin de poursuivre au mieux les traitements que vous lui avez instaurés et lui permettre de passer un séjour le plus agréable possible, merci de remplir très exactement ce certificat, de le placer sous pli cacheté au nom du Docteur Christian PERREIN, et de le remettre au malade **qui le fera parvenir avec son dossier d'inscription chez :**

Mme Michelle BONICEL - 88 route de l'Almanarre, lotissement la Manet - 83 400 HYERES

Pour tout renseignement d'ordre médical, joindre :

Docteur Christian PERREIN - Tél. 07 67 57 85 64

En vous remerciant, bien confraternellement.

Le Conseil Médical du Pèlerinage Diocésain

MALADE:

Nom:..... Prénom:Âge:.....

Sexe: F - M

Poids:Kg (indispensable si besoin d'aide au transfert lit-fauteuil) Taille:

Adresse:.....

.....Tél:.....

e.mail

PASS VACCINAL OBLIGATOIRE

MEDECIN TRAITANT Docteur

Adresse :.....

Tel.:.....Fax.....mail :

Il est demandé au médecin, en charge de ce dossier, de compléter celui-ci, avec le plus grand soin.

AFFECTION PRINCIPALE :.....

Autres pathologies en cours :

ATCD médicaux et chirurgicaux:

Déficit visuel Oui - Non - Droit - Gauche

Etat général :communication verbale : Oui - Non

Etat psychologique :troubles du comportement: Oui - Non

.....déambulation Oui - Non

.....risque de fugue Oui - Non

ATTENTION: Nous ne pouvons assurer l'encadrement de personnes présentant une psychose, un syndrome délirant ou un syndrome dépressif aigu avec risque de passage à l'acte, ce voyage pouvant constituer pour eux un réel traumatisme (mouvement de foule, changement de repères, vie en collectivité....).

Tout dossier rempli de façon incomplète sera renvoyé au patient.