

## 2. Alimentation

Troubles de la déglutition    oui     non

Autonomie alimentaire    oui     non

**Régime** : Sans sel.....                       Mixé.....  
Diabétique .....                      Autre (à préciser) :.....

Nutrition parentérale (apporter le matériel nécessaire):  
.....

### Divers :

Vaccinations :    tétanos    oui  non     Hépatite B    oui  non   
Sérologie    HIV (si connue)    positive  négative

Groupe sanguin :

Cachet et signature du médecin

Nom du médecin : .....

Numéro de téléphone : .....

Mail .....

Obligatoire pour le retour d'informations médicales pendant le pèlerinage

Date : .....

**Partie réservée aux médecins de l'Hospitalité ...**

Pathologie dominante :

Voyage :  assis     couché

Commodités à prévoir ?

- Lit médicalisé     lève malade     barrières     potence
- Matelas anti-escarres
- Déambulateur
- Autres (préciser) .....

Soins spéciaux : .....

Estimation de la charge médicale du patient pour annotation spécifique avant ou pendant le pèlerinage et à faire remonter en fin de séjour au médecin traitant : .....

Correspondance avec médecin traitant à prévoir en fin de séjour : oui     non

# PÈLERINAGE DIOCÉSAIN LOURDES

**25 juillet – 31 juillet 2024**

**ATTENTION SECRET MEDICAL**

**DOSSIER MÉDICAL à retourner avant le 17 Mai 2024**

À adresser, sous enveloppe cachetée, à l'attention du Médecin du Pèlerinage.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.

**(à remplir par le pèlerin aidé ou une personne de son entourage  
avant la consultation du médecin traitant)**

M., Mme, Mlle Nom . .....

Prénom : .....

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

Mail .....

adresse : .....

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

**PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ :**

Nom.....Prénom.....

Téléphone fixe ou portable.....

Mail.....

**Attention**

**Le Pèlerin aidé doit être en possession de son dossier médical et de ses dernières ordonnances.**

**ACCOMPAGNANT EVENTUEL**

Nom : .....Prénom :..... Téléphone :.....

Mail.....

Lien relationnel avec le pèlerin aidé : .....

Les destinataires des données sont le corps médical de l'Hospitalité Belley-Ars.

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 du Pèlerinage.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

***Le médecin du pèlerinage remercie votre médecin traitant de bien vouloir lui communiquer, tous les renseignements qui permettront d'en assurer le meilleur suivi, pendant le séjour à Lourdes.***

Nous nous engageons, et le Bureau Médical de Lourdes avec nous, à n'utiliser de votre nom et à ne le publier qu'avec votre assentiment.

En vous remerciant des renseignements que vous voudrez bien nous communiquer, nous vous prions de croire, Cher Confrère en l'assurance de nos sentiments les plus confraternels.

**PATHOLOGIES PRINCIPALES** .....

ATCD médicaux : .....

chirurgicaux : .....

EXAMENS BIOLOGIQUES éventuellement utiles à surveiller : .....

.....dernier INR si AVK.....

Taille : /\_\_\_\_\_/ cm Poids : /\_\_\_\_\_/ kg

**ETAT GENERAL**

**Déficit cognitif et désorientation temporo-spatiale ? MMS ?**

**Etat psychologique**

**Troubles du comportement ?** Risque de fugue oui  non

**Déficit moteur ?**

**Troubles visuels ?** Glaucome oui  non   
Port de Lunette oui  non

**Déficit auditif ?** Appareillage oui  non

**Appareils dentaires** oui  non  Haut oui  Bas oui

**ALLERGIES OU AUTRES INTOLERANCES**

**MODALITES DU VOYAGE (en cars médicalisés)**

Le pèlerin aidé dispose –t-il d’un fauteuil roulant personnel oui  non   
Électrique oui  non  Ce fauteuil est-il indispensable ? oui  non

Peut-il voyager  assis (siège inclinable avec repose-pieds)  couché  
 exclusivement dans son fauteuil personnel oui  non

A-t-il besoin d'autre matériel ? oui  non  Si oui, lequel ? .....

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

**Apporter les comprimés dans un semainier, et, dans leur blister d’emballage, pour pouvoir les identifier**

**1. Médicaments actuels et posologie sans oublier les dosages (joindre dernière ordonnance):**

**(Ecrire très lisiblement en lettres capitales)**

NOM	Posologie matin	Posologie midi	Posologie soir	Posologie coucher

Gestion autonome du traitement : oui  non

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

**Soins spécifiques :**

Porteur d’une bactérie multi résistante OUI NON

Escarres et ou ulcères variqueux oui  non

localisations.....

Pansements : .....

Incontinence : diurne oui  non  Nocturne oui  non

Aide à la toilette oui  non

Aide à l’habillage oui  non

**GIR – mention indispensable (degré de dépendance du pèlerin) 1(lourd) 2 3 4 5 6(léger)**

Appareillage éventuel complémentaire :

O2 thérapie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	(matériel à préciser .....
Ventilation nocturne	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	(matériel à préciser.....)
sonde urinaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	posée le .....
stomie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	(type :.....)
lunettes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
prothèse dentaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
penilex	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

Kinésithérapie : oui  non  pour quel appareil - respiratoire  - locomoteur  - autre.....

Dialyse : oui  non