



HOSPITALITÉ NOTRE DAME DE LOURDES **DU DIOCESE D'AVIGNON**

PELERINAGE A LOURDES du 05 au 10 AOUT 2019



*attention
secret médical*

DOSSIER MÉDICAL

Dossier à faire remplir par votre médecin et votre infirmier si besoin

(à remplir par le malade)

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

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ :

Nom Prénom

Téléphone fixe et portable :

Le Docteur Bernard ARBOMONT médecin de l'hospitalité Notre Dame de Lourdes du diocèse d'Avignon, prie le Médecin traitant de bien vouloir lui communiquer, avec l'accord de son patient, tous les renseignements le concernant 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.

Merci de bien vouloir écrire lisiblement, tous les renseignements demandés sont utiles.

Merci de bien vouloir écrire le traitement en lettres capitales.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser :

- Au Docteur Bernard ARBOMONT Tel : 06.19.31.82.96**

Cette observation sera adressée, sous pli cacheté, directement à :

**Monsieur le Médecin de l'Hospitalité d'Avignon
Centre Magnanen – 49 ter rue Portail Magnanen
84000 AVIGNON**

DIAGNOSTIC PRÉCIS DE L'AFFECTION OU DU HANDICAP

S'agit-il d'une maladie contagieuse ? OUI NON

ANTECEDENTS (médicaux et chirurgicaux) θ Prothèse θ Pace Maker θ Autre

REGIME A SUIVRE :

Les repas servis sont établis suivant les normes hospitalières, préciser si un régime spécifique strict doit être observé.

BILAN D'AUTONOMIE

Etat physique : Bon Moyen
 Mauvais Très mauvais

Vigilance : Confus Inconscient Désorientation
 Apathique Alerte TemporoSpatiale

Allergies ou autres intolérances

**MERCI DE JOINDRE UNE ORDONNANCE RECAPITULATIVE DE
TOUS LES TRAITEMENTS EN COURS A CE JOUR OU DE JOINDRE
LE TABLEAU CI-JOINT (dernier feuille)**

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 et signature du médecin

Nom du médecin :

Numéro de téléphone :

Date :

SOINS INFIRMIERS *À compléter par le médecin traitant ou l'infirmier(ère)*

NOM:.....Prénom:.....Age.....

POIDS :Kg TAILLE :cm

PATHOLOGIE :

BILAN AUTONOMIE

<u>Autonomie :</u>	<input type="checkbox"/> Valide	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Doit rester allongé
	<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique	
	<input type="checkbox"/> Cadre de marche		
<u>Elimination urinaire :</u>	<input type="checkbox"/> R.A.S.	<input type="checkbox"/> Doit être conduit aux WC	
	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Appareillage (à préciser)	
<u>Elimination intestinale :</u>	<input type="checkbox"/> R.A.S.	<input type="checkbox"/> Doit être conduit aux WC	
	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Appareillage (à préciser)	
<u>Etat cutané :</u>	<input type="checkbox"/> Intégrité de peau	<input type="checkbox"/> Nécrose	
	<input type="checkbox"/> Rougeur	<input type="checkbox"/> Phlyctène	
<u>Hygiène & habillement :</u>	<input type="checkbox"/> Toilette seule	<input type="checkbox"/> Aide à la toilette	<input type="checkbox"/> Toilette complète
<u>Alimentation :</u>	<input type="checkbox"/> Mange seule	<input type="checkbox"/> Faire manger	<input type="checkbox"/> Repas sonde
<u>Respiration :</u>	<input type="checkbox"/> R.A.S.	<input type="checkbox"/> Appareillage (à préciser)	
	<input type="checkbox"/> Kiné respiratoire	<input type="checkbox"/> Installation (à préciser)	

- Commodités à prévoir

Lit médicalisé électrique :..... avec barrières :..... avec potence :.....

ALIMENTATION

Troubles de la déglutition	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------

Autonomie alimentaire oui non Eau gélifiée oui non

Régime : Sans sel Diabétique Autre
Mixé Haché

Allergie alimentaire.....

Nutrition parentérale (apporter le matériel nécessaire)

SOINS SPECIFIQUES

- **Pansements** :.....
Escarres oui non Si oui, Localisations et sévérité :
- **Injection** :.....
- **Appareillage éventuel complémentaire** :

O2thérapie oui non (matériel à préciser)

Ventilation oui non (matériel à préciser)

Incontinence oui non

Penilex oui non

Sonde urinaire oui non

Protection pour incontinence oui non

Stomie oui non (type)

Lunettes ou lentilles oui non

Prothèse dentaire oui non

Prothèse auditive droite gauche

AMENER IMPERATIVEMENT ET POUR TOUTE LA DUREE DU SEJOUR TOUT LE MATERIEL NECESSAIRE, PROTECTIONS POUR INCONTINENCE COMPRISES

- **Autres soins spécifiques à préciser**

Dialyse : oui non

TRAITEMENT

PERSONNE AUTONOME POUR LA PRISE DE SON TRAITEMENT Oui Non

LA DERNIERE ORDONNANCE ET LE TRAITEMENT DOIVENT ETRE FOURNIS POUR LA DUREE DU SEJOUR (avec un PILULIER si possible)

Allergies connues : (à préciser)

Précisions

complémentaires :

Date : **Signature et cachet du Médecin ou de l'infirmier** :

TRAITEMENT

NOM : **PRENOM :**

PERSONNE AUTONOME POUR LA PRISE DE SON TRAITEMENT Oui Non

Allergies connues : (à préciser)

(APPORTER VOTRE DERNIERE ORDONNANCE +++ ET PILULIER)

NE PAS REMPLIR					Cadre réservé au suivi pendant le Pèlerinage.												
Sera complété par l'infirmière du pèlerinage																	
En fonction de la dernière ordonnance fournie																	
					23/08	24/08	25/08	26/08	27/08	28/08							
<u>Exemple : Aspégic 500 3f/j</u>					M	M	S	M	M	S	M	M	S	M	M	S	M
						</											

PANSEMENTS : (à préciser)

1. **What is the primary purpose of the study?**

SOINS DIVERS : (à préciser)

1. **What is the primary purpose of the study?** (Please check one box)