



QUESTIONNAIRE PARAMEDICAL

NOM:..... PRENOM..... AGE.....

POIDS : TAILLE : (Obligatoire)

Personne qui

NOM : PRENOM : QUALITE :

TELEPHONE : Unites de soins, poste ou institution :

DE LA PERSONNE MALADE

Audition	<input type="checkbox"/> Entend	<input type="checkbox"/> Entend mal	<input type="checkbox"/> N'entend pas	
Langage	<input type="checkbox"/> Parle	<input type="checkbox"/> Parle difficilement	<input type="checkbox"/> Ne parle pas	
Vision	<input type="checkbox"/> Voit	<input type="checkbox"/> Voit difficilement	<input type="checkbox"/> Ne voit pas	
Respiration	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Assistance
Elimination	<input type="checkbox"/> Continente	<input type="checkbox"/> Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Réveils occasionnels	<input type="checkbox"/> Réveils	<input type="checkbox"/> Agitation
Toilette	<input type="checkbox"/> Se lave seul	<input type="checkbox"/> Toilette à inciter et à	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale chariot
Habillage	<input type="checkbox"/> S'habille		<input type="checkbox"/> Aide partielle à l'habillage	<input type="checkbox"/> Aide totale

LOGIQUE DE LA PERSONNE

Sentiment de sécurité vécu	<input type="checkbox"/> Confiante, s'adapte	<input type="checkbox"/> Angoissée	<input type="checkbox"/> Dépression modérée	<input type="checkbox"/> Dépression sévère
Contact et orientation	<input type="checkbox"/> Orientée comprend	<input type="checkbox"/> Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/> Désorientation	<input type="checkbox"/> Risque de fugue
Relation et comportement	<input type="checkbox"/> Communique facilement	<input type="checkbox"/> Contacts limités	<input type="checkbox"/> Repli sur soi	<input type="checkbox"/> Agressivité, opposition

ET DISPOSITIFS MEDICAUX

Dentier	<input type="checkbox"/> Un	<input type="checkbox"/> Deux	Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lunettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Lentilles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
			Chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Sonde urinaire			Protections Urinaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Colostomie			Si oui	<input type="checkbox"/> Jour	<input type="checkbox"/> Nuit
			Pénilex	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> prothèse			Pensez à		
précisez :					<input type="checkbox"/> VNI
Oxygénothér	<input type="checkbox"/>		Débit :	Pensez à prendre votre appareil	

Nom et numéro de téléphone du prestataire :

LOCOMOTION ET MANIPULATION

Marche	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Avec canne et déambulateur	<input type="checkbox"/> Accompagné(e)
	<i>Pour les déplacements en extérieur, les personnes sans difficultés de déplacement seront installées sur des</i>		
Transfert	<input type="checkbox"/> Aide partielle, avec appui	<input type="checkbox"/> Aide totale sans appui	
	<input type="checkbox"/> Transfert avec lève-malade (Dans ce cas prévoir une ordonnance de location du matériel et la joindre à		
	<input type="checkbox"/> Nécessite un vigilance particulière, membres difficiles à mobiliser, douleur dans le cadre de mobilisation		

INFORMATION POUR LE TRANSPORT EN CAR (aller/retour Avignon-Lourdes)

Les cars qui assurent le transport sont aménagés et permettent d'installer les personnes malades en fonction de leur besoin : soit couché,

L'état de la personne nécessite	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Fauteuil électrique	<input type="checkbox"/> Transférée du fauteuil sur une place assise
	<input type="checkbox"/> Position couchée (<i>ce choix est pour la totalité du voyage, il est difficile de transférer les personnes durant le</i>		
	<input type="checkbox"/> Assise siège grand confort	<input type="checkbox"/> Assise spéciale pour les personnes qui ont des problèmes de membres	

ALIMENTATION DE LA PERSONNE

Alimentation	<input type="checkbox"/> Mange seul	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
Régime	<input type="checkbox"/> Aucun		
	<input type="checkbox"/> Sans sel strict (insuffisance cardiaque ou rénale)		
Allergie	Notez les éventuelles allergies alimentaires :		
Texture	<input type="checkbox"/> Repas haché (trouble de la mastication, déficit dentaire)		
	<input type="checkbox"/> Repas mixé (texture lisse)		
	<input type="checkbox"/> Eau gélifiée		

MATERIEL EN PREVOIR EN CHAMBRE

<input type="checkbox"/> Barrières de lit	<input type="checkbox"/> Cerceau	<input type="checkbox"/> Potence
<input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres indispensable	<input type="checkbox"/> Chaise douche	<input type="checkbox"/> Chaise percée
<input type="checkbox"/> Matelas de réception (risque de chute)		
<i>Si la personne utilise un coussin ou une planche de transfert, veuillez mettre le matériel dans les bagages et bien les</i>		

DIVERS

Notez ici des éléments non répertoriés dans le questionnaire et qui pourraient aider à la prise en charge de la personne malade :

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce dossier, cela nous permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge du patient.

ATTENTION ! COMPLETER TOUTES LES FICHES AFIN QUE LE DOSSIER PUISSE ETRE TRAITE



HOSPITALITE D'AVIGNON
Pelerinage à Lourdes du 05 aout au 10 aout 2022

DOSSIER MEDICAL

Ce questionnaire est couvert par le secret medical

Le Docteur ARBOMONT Bernard , Médecin de l'Hospitalité, prie le Médecin traitant de bien vouloir communiquer ,avec l'accord de son patient, tous les renseignements le concernant, afin d'appliquer le protocole thérapeutique instauré par ses soins et assurer la surveillance pendant le séjour à Lourdes . Il 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 .
Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez vous adresser au :
Docteur ARBOMONT Bernard Tel 06 19 31 82 96

Form fields for patient information: Nom de médecin traitant, Adresse, Tel. Fixe, Tel.portable

Signature de Médecin

PERSONNE MALADE
Nom..... Né(e) le:
Prénom.....

N° Sécurité Sociale: ____ / ____ / ____ / ____ / ____

DIAGNOSTIC PRECIS DE L'AFFECTION OU DU HANDICAP

Dotted lines for precise diagnosis or handicap

ANTECEDENTS NOTABLES

Dotted lines for notable antecedents

DOULEURS: Siege et type :.....

PATHOLOGIES HAUTEMENT CONTAGIEUSES, GERME MULTI-RESISTANT/.....

Allergies ou autres intolérances:.....

Etat général: Satisfaisant Plus ou moins altéré Précaire

Trouble de la deglutition oui non

