NOM : ……**Prénom** : ……**Age :** ……

Hospitalité du Poitou à Lourdes
du 5 au 10 août 2025

DOSSIER MEDICAL n°

A retourner avant le 15 mai 2025

M ◯Mme ◯ **NOM** : …… **Age:** ……

Prénom : ……..……..

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

Adresse : ……
Code Postal : ……Ville : ……

Domicile ◯Ehpad ◯ Hôpital ◯.

Est ce votre 1er pélerinage : ◯ **oui** ◯ **non**

N° Sécurité sociale : *Apporter la carte Vitale*

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom……Prénom……

Téléphone fixe ou portable : ……..

Téléphone de la personne à contacter au retour : ……..

OBLIGATOIRE : JOINDRE L'ORDONNANCE EN VIGUEUR

Le médecin du pèlerinage de l'Hospitalité du Poitou, prie le médecin traitant de bien vouloir lui communiquer tous les renseignements concernant ledit 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.

Je vous remercie de bien vouloir retourner ce dossier au :
Docteur Jean Paul FOUSSAT
38 rue de Poitiers
79700 MAULEON

NOM : ……**Prénom** : ……**Age :** ……

PATHOLOGIE PRINCIPALE : ……

ATCD : ……
……

Présence d'une bactérie multi résistante OUI ⊙ **NON** ⊙
Sérologie HIV (si connue) positive ⊙ négative ⊙
Risque de contagiosité oui ⊙ non ⊙

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 ⊙

TRAITEMENTS
anticoagulant : oui ⊙ non ⊙
Insuline : oui ⊙ non ⊙
Cardiologique : oui ⊙ non ⊙
morphinique oui ⊙ non ⊙
psychotique oui ⊙ non ⊙
Gestion autonome du traitement : oui ⊙ non ⊙

SOINS INFIRMIERS (à compléter par le médecin traitant ou IDE)

I- SOINS SPÉCIFIQUES :

Pansements (prévoir le nécessaire pour 6 jours) : ……

Autonomie pour les soins d'hygiène : oui ◯ non ◯

Aide à l'habillage : oui ◯ non ◯

Escarres : oui ◯ non ◯
Si oui, Localisation et stade : ……

Continence : (prévoir le nécessaire pour 6 jours)
Incontinence urinaire oui ◯ non ◯
Incontinence fécale oui ◯ non ◯
Penilex oui ◯ non ◯
Sonde urinaire oui ◯ non ◯

Appareillage éventuel complémentaire :
Oxygénothérapie oui ◯ non ◯(organisme prestataire.....)
Ventilation ou PPC oui ◯ non ◯(organisme prestataire.....)
Stomie oui ◯ non ◯ (type.....)
Autre ……..

Kinésithérapie : oui ◯ non ◯ . Type de prise en charge : …….. …….

II - ALIMENTATION :

Troubles de la déglutition **OUI** ◯ **NON** ◯ au liquide ◯ au solide ◯

Autonomie alimentaire oui ◯ non ◯

Régime : Sans sel ◯ Diabétique ◯ Végétarien ◯
Mixé ◯ Haché ◯ Normal ◯

Nutrition entérale (apporter le matériel nécessaire : pompe, tubulures, nutriments pour 6 jours) :

NOM : ……**Prénom** : ……**Age :** ……

EVALUATION GENERALE

Communication <u>verbale</u> : …….

Éventuels troubles du comportement :

Désorientation temporo-spatiale	oui ◯	non ◯	
Risque de fugue	oui ◯	non ◯	
Détérioration intellectuelle:	légère ◯	moyenne ◯	sévère ◯

<u>Dans les salles ou les sanctuaires, commodités à prévoir :</u>

Lit médicalisé ◯ électrique ◯ avec barrières ◯ avec potence ◯

Autres (préciser) ……

<u>Examens biologiques éventuellement utiles à surveiller</u>

……

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné aux inscriptions. Les destinataires des données sont le corps médical de l'Hospitalité du Poitou. Les données seront conservées au long du pèlerinage.
Conformément à la loi « informatique et libertés » en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'information et de rectification des informations qui vous concernent, ainsi que du droit d'opposition, droit à l'oubli, droit à la portabilité, à la limitation du traitement et à l'effacement dans le cadre permis par le Règlement Européen. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à l'Hospitalité du Poitou.
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Avec les plus vifs remerciements du médecin de l'Hospitalité du Poitou pour l'attention portée à renseigner cette fiche qui permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient.

Cachet du médecin	**Nom du médecin : ……** **Adresse :** **……** **……** **tel : ……** **Date : ……** **Signature : ……**