

DIOCESE DE VIVIERS PELERINAGE A LOURDES

Du 23 juillet au 28 juillet 2012

- Les médicaments doivent être donnés par une infirmière
- Le patient est en mesure de gérer lui-même la prise de ses médicaments
- Contrôle nécessaire et fréquence (glycémie, etc.)

MATERIEL MEDICAL PARTICULIER : oxygène, lecteur de glycémie... **(Apporter l'appareillage)**

REGIME dont l'observance est INDISPENSABLE

- mixé

SURVEILLANCE PARTICULIERE EVENTUELLE

CACHET (Obligatoire)

SIGNATURE,

OBSERVATIONS AU COURS DU PELERINAGE

Cher Confrère,

Votre patient a exprimé le désir de se rendre à Lourdes avec le groupe des Malades et Handicapés, encadrés par l'Hospitalité Diocésaine Notre Dame de Lourdes.

Auriez-vous l'amabilité, avec l'aide du questionnaire ci-après, de bien vouloir nous préciser l'état de santé et tout particulièrement la thérapeutique appliquée actuellement à votre malade, afin de lui donner le maximum de garanties au cours du pèlerinage. Ce dossier engage notre responsabilité commune.

Nous vous précisons que les accueils ne sont pas des hôpitaux, ce qui nous oblige à limiter l'accueil des malades graves, tant sur le plan somatique (malades nécessitant des soins complexes) que sur le plan psychique ; et ce qui nous oblige aussi à demander que les malades amènent avec eux leurs médicaments et le matériel nécessaire éventuel pour des soins particuliers, y compris tout le matériel d'oxygénothérapie et le lecteur de glycémie pour les diabétiques à contrôle quotidien.

Ce document sera adressé par votre patient à un médecin responsable du Pèlerinage. Il est **à usage exclusif des Médecins du pèlerinage**, et est couvert par le secret médical.

Nous vous remercions vivement pour votre aide et vous prions de croire, Cher Confrère, en nos meilleurs sentiments.

Les médecins de l'Hospitalité
Pèlerinage à Lourdes du Diocèse de Viviers,

Les dossiers seront adressés à :
Docteur Edouard de Montgolfier
Le Chalet
07290 QUINTENAS

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
CONFIDENTIELS**

M. Mme Melle Père Sœur

Nom.....**Prénom**.....

Né(e) le :.....

Adresse:.....

.....

Code Postal :.....Commune :

Téléphone :

POIDS :.....TAILLE :GROUPE SANGUIN :

ANTECEDENTS MEDICAUX & CHIRURGICAUX :

.....

.....

.....

.....

.....

AFFECTIONS EN COURS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ALLERGIES :

ETAT SPHINCTERIEEN :

- anal normal incontinent
- urinaire normal incontinent SAD

ESCARRES

ETAT PSYCHIQUE :

- conscience normal confus
- sommeil normal perturbé
- comportement normal agité

AUTONOMIE

- déplacement normal aide partielle aide totale
- alimentation normal aide partielle aide totale
- toilette normal aide partielle aide totale
- habillage normal aide partielle aide totale

FAUTEUIL ROULANT

PROTHESES : lunettes dentaire auditive

CONDITIONS DE TRANSPORT assis couché

TRAITEMENT :

joindre une photocopie de l'ordonnance