

# Questionnaire médical confidentiel

DOC 4

A remplir et à adresser dans l'enveloppe jointe à :

EVECHE - Hospitalité Diocésaine

Médecin

16 Chemin de la Pelouse

95300 PONTOISE

*La commission médicale statuera sur le lieu d'hébergement  
en fonction des éléments médicaux transmis*

**Nous vous remercions de l'attention portée à ce questionnaire détaillé dont le renseignement est important pour accompagner au mieux votre patient(e) lors de son pèlerinage.** Ce document doit être renvoyé dans l'enveloppe jointe portant la mention « Documents médicaux, pli confidentiel »

*Le médecin responsable de l'Hospitalité*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

C. P. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : Portable : \_\_\_\_\_

Fixe : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

Information importante pour la prise en charge du pèlerin

**Maladie(s) ou handicap(s) et diagnostics précis :**

**Risque particulier, contagiosité connue :** Non ☐ Oui ☐ Laquelle :

ALD ☐ pour quelle(s) pathologie(s) :

**Antécédents médico-chirurgicaux importants :**

**Allergies et contre-indications :** Non ☐ Oui ☐

- Médicamenteuses :

Si Oui

- Alimentaires :

**Addiction(s) connue(s) (alcool, tabac, ...) :**

**Traitement en cours : joindre une copie de la dernière prescription, si traitement occasionnel joindre une ordonnance séparée.**

Indiquer si les médicaments doivent être : Distribués par une infirmière : Non ☐ Oui ☐  
Préparés par une infirmière : Non ☐ Oui ☐

Appareil respiratoire nocturne à emporter obligatoirement : Non ☐ Oui ☐

Oxygène : ☐ Débit : ..... Durée journalière (horaire(s)) : .....

Besoin d'un lit médicalisé : Non ☐ Oui ☐ (Joindre la prescription)

**Etat psychologique**

**Pour éviter tout incident, il n'est pas possible de prendre en charge des personnes présentant des troubles importants du comportement en particulier agitation et/ou déambulation.**

Désorientation temporo-spatiale : Non ☐ Oui ☐ Partielle ☐ Totale ☐

Risque de comportement violent : Non ☐ Oui ☐

Commentaires et conseils pour la prise en charge particulière de votre patient :

**Voyage : La durée du voyage dure environ 11 h** (départ de la résidence à l'arrivée au lieu d'hébergement à Lourdes)

**Nous devons nous assurer que le pèlerin peut voyager assis durant tout ce temps.**

Le pèlerin peut voyager sur un siège SNCF 1<sup>ère</sup> classe ☐ ou absolument dans son propre fauteuil ☐

Préciser le traitement à prendre pour le jour du voyage et le tenir prêt à part accompagné de l'ordonnance, en particulier :

Injection d'Héparine : Non ☐ Oui ☐ Si oui horaire(s)

Insuline : Non ☐ Oui ☐ Si oui horaire(s)

Traitement antiasthmatique en inhalation ou aérosol : Non ☐ Oui ☐

Traitement morphinique ou assimilé : Non ☐ Oui ☐

**Hébergement :** En établissement médicalisé ☐ ou possibilité d'hébergement en hôtel ☐

Cachet professionnel (obligatoire) *Lisible :*

Date : .....

Signature :

Tél :