

# 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

Si Oui                    - Médicamenteuses :  
                              - Alimentaires :

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

## **Traitements 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 :**