

# Soins et services à la personne

**DOC 5**

A compléter par le médecin traitant ou l'infirmier(e) ou l'aide de vie

Et à adresser, séparément du questionnaire médical, à l'Hospitalité à l'adresse en bas de la page.

Nous vous remercions pour l'attention portée à ce questionnaire détaillé dont le renseignement est important pour accompagner au mieux votre patient lors de son pèlerinage.

L'équipe médicale de l'Hospitalité de Pontoise

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Merci de nous fournir à l'inscription**

**Une copie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte de mutuelle**

**Une copie de l'ordonnance des traitements en cours et une copie de l'ordonnance séparée si traitement occasionnel, soins particuliers.**

**Nous signaler dès à présent les dispositifs médicaux éventuels, les produits injectables, l'oxygène, l'eau gélifiée, les protections pour incontinence, les indiquer précisément :**

.....  
.....  
.....

**Les médicaments pour le voyage devront être préparés dans un sac à part accompagnés de l'ordonnance en cours. Les médicaments et toutes les fournitures médicales seront fournis en quantité suffisante pour le reste de la semaine et laissés dans leur boîte dans la valise.**

Vision : Lunettes Non ☐ Oui ☐ Lentilles Non ☐ Oui ☐  
Appareils auditifs Non ☐ Oui ☐ Prothèses dentaires amovibles Non ☐ Oui ☐

Allergies ou contre-indications Non ☐ Oui ☐

Si Oui : Médicamenteuses :

Alimentaires :

Douleurs chroniques éventuelles Non ☐ Oui ☐ Indiquer l'intensité :  
Besoin d'un lit médicalisé Non ☐ Oui ☐ Si oui : barrières de lit ☐

**Etat respiratoire :**

Oxygénothérapie : Non ☐ Oui ☐ Matériel à préciser .....

Ventilation nocturne Non ☐ OUI ☐ **Si oui, matériel à emporter obligatoirement**

Trouble de la communication verbale : Non ☐ Oui ☐ Si oui, préciser.....

Trouble du comportement : Non ☐ Oui ☐ Si oui préciser.....

<b>Aide à la toilette :</b>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si Oui : partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
<b>Aide à l'habillage :</b>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si Oui : partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
Eventuelle nécessité d'un lève malade <input type="checkbox"/>				
<b>Incontinence urinaire :</b>				
Diurne :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Nocturne : Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Protection :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Pénilex : Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Appareillage :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Sondage si Oui, préciser.....	
<b>Incontinence fécale :</b>				
Diurne :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Nocturne : Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Protection :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>		
Stomie :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser .....	

### Alimentation

Régime : Normal ☐ Mouliné ☐ Mixé ☐

Sans gluten ☐ Sans lactose ☐ Autre ☐ (à préciser)

Eau : Plate ☐ Gazeuse ☐ Gélifiée ☐ **A fournir pour la durée du séjour**

Peut manger seul : Oui ☐ Non ☐ Nécessite une surveillance (trouble de la déglutition) ☐

**Marche** autonome ☐ aidée ☐ en fauteuil uniquement ☐

Aide au transfert : Non ☐ Oui ☐ Nombre d'aidants : 1 ☐ 2 ☐

Le pèlerin vient-il à Lourdes avec son fauteuil roulant personnel ? Non ☐ Oui ☐

Si Oui : mécanique ☐ Electrique ☐

*Au cours du pèlerinage les déplacements sont longs et nombreux. Un fauteuil roulant mécanique est prévu pour chaque personne ne venant pas avec son propre fauteuil.*

### Observations :

Nom, prénom et éventuellement cachet de la personne ayant renseigné ce questionnaire :

Date :  
Signature

N° de téléphone pour informations complémentaires  
nécessaires (**lisible**) :

*Eventuellement / Nom, Prénom et tél de la personne de confiance :*