

# 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 suffisance pour le reste de la semaine et laissés dans leur boîte dans la valise.**

<b>Vision :</b> Lunettes	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Lentilles	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<b>Appareils auditifs</b>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Prothèses dentaires amovibles	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

**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 :*