

**FICHE DE SOINS INFIRMIERS**

(A compléter par l'infirmière, la famille et vous-même)

Dossier n° : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance ..... Situation de famille : Marié(e) - Veuf(ve) - Célibataire

Adresse : ..... Téléphone : .....

Poids : .....kg Taille : .....cm N° Sécurité Sociale : .....

S'agit-il de votre premier pèlerinage en tant que malade ? Oui  Non

Etes-vous déjà allé à Lourdes ? Oui  Non

**PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ :**

Nom ..... Prénom .....

Téléphone fixe et/ou portable : .....

Lien de parenté : .....

**Accompagnant éventuel**

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Lien relationnel avec la personne malade (famille, tutelle ou autre) : .....

**MODALITES DU VOYAGE**

Préférez-vous voyager : Assis  Assis dans votre fauteuil roulant  Totalement couché

Pouvez-vous monter seul et avec soutien dans le TGV ? oui  non

Disposez-vous d'un fauteuil roulant personnel que vous souhaitez emmener avec vous à Lourdes ? oui  non

avec coquille oui  non

électrique oui  non

Y aura-t-il des soins à faire durant les voyages ? non  oui  si oui, lesquels .....

**HEBERGEMENT : ACCUEIL MARIE SAINT FRAI**

- Pouvez-vous vous déplacer seul (à l'intérieur) : oui  non

Faut-il prévoir ?

• Lit médicalisé  avec potence  matelas anti-escarres  lève-malade

• Déambulateur  ..... l'apporterez-vous à Lourdes oui  non

• Canne  ..... l'apporterez-vous à Lourdes oui  non

• Avez-vous une prothèse oui  non

• Autres (préciser) .....

**TRAITEMENT MEDICAL**

A prévoir et à apporter pour la durée du pèlerinage de 7 jours (ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES)

AMENER votre DERNIERE ORDONNANCE et votre PILULIER marqué à votre nom et à placer dans le sac de pique-nique

MEDICAMENTS	Posologie matin	Posologie midi	Posologie soir	Posologie coucher

Gestion autonome du traitement : oui  non

- **Soins spécifiques** : (préciser le rythme de ces soins : heure, jour .....)

Diabète : tests : ..... Injections d'insuline : .....

Pansements : .....

Soins des yeux : ..... Soins des oreilles : .....

Constipation :      oui     non

Incontinence :

Urinaire      oui     non

Fécale      oui     non

Besoin de protection → la nuit : oui     non  → le jour : oui  non

**Si oui, prévoir vos protections.**

Allergie connue : .....

Aide pour la toilette journalière : complète     aide     fait seul

Aide à l'habillage :                      oui     non

Bande ou bas de contention            oui     non

Soins spécifiques : escarres            oui     non

Si oui, localisation et fréquence des pansements : .....

Appareillage éventuel complémentaire :

O<sup>2</sup>thérapie                      oui     non     (matériel à préciser .....) )

Ventilation                      oui     non     (matériel à préciser .....) )

Sonde urinaire                    oui     non

Stomie                              oui     non     (type : .....) )

Prothèses auditives            oui     non

Lunettes                          oui     non

Prothèses dentaires            oui     non

Dialyse :      oui     non     Jours ou rythme : .....

(Préciser l'adresse du centre qui vous suit, pour qu'il soit mis en relation avec le centre de dialyse le plus proche) :

Autres soins spécifiques (préciser .....

## ALIMENTATION

Mangez-vous seul(e) .....                      oui     non

Trouble de la déglutition (risques de fausse route) .....                      oui     non

Restez-vous dans le fauteuil roulant pour le repas .....                      oui     non

Régime :

Sans sel       Diabétique     Sans sel NI sucre

Normal       Mixé       Haché