

RAPPEL IDENTITE : NOM Prénom
Né(e) le

ETAT GENERAL

Communication verbale :

Etat psychologique :

Eventuels troubles du comportement :

Désorientation temporo-spatiale éventuelle non oui

Risque de fugue non oui **à doser** (entourer) : + ++ +++

Pronostic vital ou fonctionnel :

Perception par le médecin traitant du handicap du patient et de son retentissement sur sa qualité de vie :

Invalidité importante moyenne légère

Prescription :

Lève-malade Lit médicalisé Barrières Potence

MODALITES DU VOYAGE (sachant que les pèlerins-accompagnés sont en fauteuils 1^{ère} classe inclinables)

Couché non oui

GIR (degré de dépendance du malade) (entourer) : 1 2 3 4 5 6

RÉGIME :

Normal Diabétique intolérance(s) :

Sans sel Haché Mixé DIVERS :

Risque de fausse-route

Allergies ou autres intolérances

Renseignements autres à communiquer

Y a-t-il des directives anticipées non oui → si oui joindre le formulaire « Désignation personne Confiance »

Correspondance avec le médecin traitant à prévoir en fin de séjour : oui non

J'autorise le personnel soignant de l'Hospitalité Jurassienne, à effectuer des actes de soins de la vie quotidienne sur le (la) patient(e) cité(e) ci dessus, pendant le temps du pèlerinage à Lourdes

Cachet et signature du médecin	Nom du médecin :
	Numéro de téléphone :
	Date :

Avec nos plus vifs remerciements pour le temps passé à remplir cette fiche qui permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient !