



HOSPITALITÉ JURASSIENNE
PELERINAGE du DIOCESE DE SAINT-CLAUDE
LOURDES du lundi 28 au samedi 3 mai 2025

Service des Pèlerinages - Agrément Atout France IM 039 11 0008

Dossier n°

+ DOSSIER MEDICAL

A mettre sous enveloppe cachetée à l'attention de M. le Médecin du pèlerinage
et joindre à votre dossier d'inscription à envoyer à : Hospitalité Jurassienne –
Maison du Diocèse – 21 rue St Roch 39800 POLIGNY

M. Mme

NOM Prénom

Né(e) le

Adresse :

Le Médecin, délégué par le Collège médical de l'Hospitalité, prie le Médecin traitant de bien vouloir lui communiquer tous les renseignements concernant ce patient afin d'appliquer le protocole thérapeutique instauré par ses soins et assurer sa surveillance pendant son séjour à Lourdes. Il l'assure du respect du secret professionnel et le prie de croire à l'expression de ses remerciements confraternels.

PATHOLOGIE PRINCIPALE :

.....

.....

ATCD médicaux :

.....

chirurgicaux :

.....

Traitement anticoagulant : oui non Dernier INR : (date) (résultats)

Oxygénothérapie en continu débit d'oxygène:litres/mn

en discontinu fréquence par 24 heures :

Surveillance glycémique Livret de surveillance oui non

Surveillance du transit Surveillance tensionnelle

Le malade a des **pansements, stomie**... localisation :

Le malade a besoin d'un **sur-matelas** à air avec compresseur à air alterné (anti-escarres) (joindre l'ordonnance)

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE (si possible joindre ordonnance dactylographiée)

MEDICAMENTS	Posologie matin	Posologie midi	Posologie soir	Posologie coucher

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 installés en fauteuils très grand confort « Royal Class » ou « XXL » selon morphologie)

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

RÉGIME :

- Type Normal Diabétique Sans sel Intolérance(s) :
- Qualité 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 soin de votre patient !