

FICHE DE SOINS INFIRMIERS

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

N° dossier :

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 (bus PMR LASBAREILLE – aller de jour et retour de nuit)

Les pèlerins-accompagnés voyageront en fauteuils Royal Class (très grand confort très inclinables) ou dans leur fauteuil roulant

Préférez-vous voyager : dans votre fauteuil roulant est-il électrique ? oui non

en fauteuil Royal Class

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

Si oui pensez à bien noter votre identité sur votre matériel (collez une étiquette : NOM – Prénom)

Fauteuil avec coquille oui non

électrique oui non **attention : le nombre de fauteuils électriques limité**

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

HEBERGEMENT : ACCUEIL NOTRE DAME

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

Faut-il prévoir ?

- Lit médicalisé avec : potence matelas anti-escarres lève-malade
- Déambulateur (nous pouvons le réserver à l'Accueil)
- Canne l'apporterez-vous à Lourdes ? oui non (**pensez à l'étiqueter à votre nom**)
- Avez-vous une prothèse dentaire oui non si oui : haut bas
- Avez-vous une prothèse auditive oui non si oui : droite gauche
- Portez-vous des lunettes oui non ou des lentilles : . oui non
- Autres (préciser)

TRAITEMENT MEDICAL

A prévoir et à apporter pour la durée du pèlerinage de 7 jours

Dans votre sac de pique-nique, apportez bien votre **DERNIERE ORDONNANCE**, votre **PILLULIER** marqué à votre nom

Gestion autonome du traitement : oui non

Prenez-vous vos médicaments seuls oui non avec aide oui non Pilage des médicaments oui non

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

Diabète : dextro rythme : (joindre carnet de surveillance)

Injections d'insuline rythme :

Dispositif transcutané lequel : fréquence :

Pansements – site : fréquence :

Matériel utilisé :

Soins des yeux :

Soins des oreilles :

Soins cutanés : escarres..... oui non

Si oui, localisation et fréquence des pansements :

Elimination intestinale:

Incontinence

Constipation... oui non

Urinaire...oui non

Diarrhée..... oui non

Fécale.....oui non

Besoin de protection : la nuit.....oui non / le jour..... oui non

Si oui, prévoir vos protections ☞ **pour le voyage aller** (1 ou 2 dans un sachet avec le sac de pique-nique)

☞ **et pour la durée du séjour et le voyage retour**

Allergie connue :

Aide pour la toilette journalière..... complète aide je fais seul

Aide à l'habillage..... oui non

Bandes ou bas de contention..... oui non

Appareillage éventuel complémentaire :

O²thérapie..... oui non (si oui NOM et coordonnées du prestataire :

Débit : Durée :

Appareillage apnée du sommeil oui non (pensez à apporter les appareils ou matériels nécessaires)

Aérosol oui non

Inhalateur..... oui non

Sonde urinaire..... oui non

Auto sondage oui non

Stomie oui non (si oui type :

Dialyse : oui non Jours ou rythme :

Avant le départ, merci de prévenir votre centre de dialyse de votre destination (notez ci-après ses coordonnées du centre qui vous suit) :

Autres soins spécifiques - préciser :

ALIMENTATION

Mangez-vous seul(e) oui non

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

Avez-vous une prescription d'eau gazeuse oui non

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

RÉGIME : mettre une croix dans la case correspondant à votre régime alimentaire

	Normal ↓	Haché ↓	Mixé ↓	Sans sel ↓	Allergique à :
Normal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
diabétique→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sans sel du tout→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	