



PÈLERINAGE 2026 - Du 6 au 11 avril

DOSSIER MÉDICAL - A renvoyer avant le 15 février 2026

☐ Madame ☐ Monsieur Nom d'usage : Prénom

Date de naissance : Numéro de sécurité sociale

Lieu de résidence : ☐ Domicile ☐ EHPAD ☐ MAS ☐ Foyer ☐ Autre :

MERCI DE JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LE DUPLICATA DE L'ORDONNANCE INFORMATISÉE (ou manuscrite lisible) en cours au moment de l'établissement de ce dossier médical

INFIRMIER(E) A DOMICILE

Nom : Prénom :

Téléphone :

PHARMACIE HABITUELLE

Nom : Ville :

Téléphone :

ÉTAT GENERAL DU PATIENT

☐ Pronostic vital ou fonctionnel engagé

Pathologies actuelles et antécédent :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pathologies hautement contagieuses, germe multi-résistant :

.....

.....

.....

Allergies (médicaments, aliments, autres) :

.....

.....

Directives anticipées : gestes réanimatoires souhaités ☐ OUI ☐ NON

☐ Madame ☐ Monsieur Nom d'usage : Prénom

REPAS

- ☐ N'est astreint à aucun régime ☐ Régime strict sans sel ☐ Régime diabétique
☐ Viande obligatoirement hachée ☐ Repas mixés ☐ Eau gélifiée obligatoire
☐ Eau gazeuse obligatoire ☐ Troubles de la déglutition (risque de fausse route)

Intolérances alimentaires :

.....

Recommandations particulières pour les repas / compléments alimentaires :

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT

- ☐ Gère seul son traitement ☐ Préparer les médicaments ☐ Faire prendre les médicaments

Soins locaux et localisations (pansements, sondes, stomies, prévention escarres, ulcère variqueux...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Fonction urinaire et digestive :

- ☐ Stomie digestive ☐ Stomie d'alimentation entérale ☐ Stomie urinaire ☐ Sonde urinaire

Oxygénothérapie :

- ☐ Non ☐ Oui : Nombre d'heures par 24h :

Débit oxygène : Nom du prestataire :

.....

Injectons : ☐ Non ☐ Oui Si oui : ☐ SC ☐ IV ☐ Pompe

Lesquelles ?

.....

☐ **Madame** ☐ **Monsieur** Nom d'usage : Prénom

SURVEILLANCE PARTICULIÈRE :

- ☐ Diabète insulino-dépendant ☐ Diabète non insulino-dépendant
- ☐ Surveillance glycémique ☐ Surveillance du transit ☐ Surveillance tensionnelle
- ☐ Anticoagulants (si oui, préciser le traitement ainsi que le dernier INR -date et résultat- ci-dessous)

Commentaires (entre autres, préciser ici en cas d'antécédents d'embolie pulmonaire ou de phlébite) :

AUTONOMIE :

Poids : **Taille :** **GIR (entre 1 et 6) :**

Prise en charge hospitalière : ☐ Autonome ☐ Aide légère ☐ Aide importante

Audition : ☐ Entend ☐ Entend mal ☐ N'entend pas

Langage : ☐ Parle ☐ Parle difficilement ☐ Réponses par oui/non ☐ Par gestes ☐ Ne parle pas

Vision : ☐ Voit ☐ Voit mal ☐ Ne voit pas

Alimentation : ☐ Mange seul ☐ Aide ponctuelle ☐ Aide permanente

Élimination : ☐ Continent ☐ Conduire aux toilettes à heures fixes ☐ Énurésies nocturnes

☐ Incontinence urinaire permanente ☐ Incontinence urinaire et fécale

Toilette : ☐ Se lave seul ☐ Toilette à inciter et à vérifier

☐ Ne se lave seul que partiellement

☐ Doit être entièrement lavé ☐ Toilette au lit

Habillage : ☐ S'habille seul ☐ Aide au choix des vêtements

☐ Aide à l'habillage et au déshabillage ☐ Doit être habillé et déshabillé

ETAT PSYCHOLOGIQUE

Contact, orientation : ☐ Orienté, comprend ☐ Troubles mnésiques importants

☐ Désorientation ☐ Désorientation totale ☐ **Risque de fugue**

Remarque :

☐ Madame ☐ Monsieur Nom d'usage : Prénom

SOMMEIL

☐ Apnée du sommeil, si oui, commentaires (appareillage, aide nécessaire...) :

LOCOMOTION

- ☐ Marche ☐ Marche avec aide : accompagné, avec canne, ou déambulateur
☐ Aide partielle au transfert, tient debout ☐ Aide totale au transfert ☐ Brancard roulant

INFORMATIONS VOYAGE

- ☐ Fauteuil roulant emporté ☐ Déambulateur emporté ☐ Canne emportée
☐ Le patient peut-il monter et descendre seul 3 marches d'escalier ?
Doit-il voyager : ☐ Semis-assis ☐ Couché (places très limitées)
Des soins devront-ils être réalisés durant le voyage ? ☐ Oui ☐ Non

APPAREILLAGES ET DISPOSITIFS MÉDICAUX

- ☐ Lunettes. Si oui, commentaires/détails :
☐ Prothèses dentaires. Si oui, commentaires/détails :
☐ Prothèses auditives. Si oui, commentaires/détails :
☐ Bas de contention. Si oui, commentaires/détails (aide nécessaire ?) :
☐ Gastrostomie. Si oui, commentaires/détails :
☐ Colostomie. Si oui, commentaires/détails :
☐ Trachéotomie. Si oui, commentaires/détails :
☐ Sonde ou stomie urinaire. Si oui, commentaires/détails :

MATÉRIEL A PRÉVOIR EN CHAMBRE

- ☐ Barrières de lit. Si oui, commentaires/détails :
☐ Potence de lit (prescription médicale). Si oui, commentaires/détails :
☐ Matelas à air (prescription médicale). Si oui, commentaires/détails :
☐ Lève-malade (prescription médicale). Si oui, commentaires/détails :
☐ Pied à perfusion. Si oui, commentaires/détails :

Cachet et signature du médecin

Nom du médecin

Numéro de téléphone (fixe/port.)