



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



PÈLERINAGE 2026 - Du 6 au 11 avril

DOSSIER MÉDICAL - A renvoyer avant le 15 février 2026

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 :

Injections : 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

Elimination : 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

Habillement : 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 :

.....



PÈLERINAGE 2026 - Du 6 au 11 avril

DOSSIER MÉDICAL - A renvoyer avant le 15 février 2026

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.)