

## **DOSSIER MEDICAL (A remplir par le médecin traitant)**

*Les Médecins de l'Hospitalité Aveyronnaise (joignables au 07 82 13 66 25) prient le Médecin traitant de bien vouloir communiquer tous les renseignements permettant une prise en charge optimale de son patient durant son séjour à Lourdes et l'en remercient.*

Cadre réservé à l'hospitalité pour la codification :

**Nom et Prénom :** .....

**Date de naissance**.....

**ANTECEDENTS et PATHOLOGIE PRINCIPALE** : .....

.....

.....

**PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DU HANDICAP** : **GIR** : .....

*Invalidité :* Importante  Moyenne  Légère

### **TROUBLES DU COMPORTEMENT** :

Désorientation  Risque de fugue  Risque de se perdre  Déambulation nocturne   
Anxiété sévère

### **CONTENTION** :

Votre patient a-t-il déjà à son lit des barrières de contention ? oui  non

Pensez-vous qu'au cours du séjour à Lourdes il sera opportun de placer des barrières à son lit ? oui  non

**ALLERGIES** : non  oui  si oui lesquelles ? .....

.....

**OXYGENE** : Débit : ..... Durée : ..... Organisme prestataire : .....

Pendant le transport : .....

**Type d'appareillage** : Extracteur   
Bouteille (O2 liquide)   
Pression positive Continue

*Si SAS appareillé, le patient doit porter son appareillage.*

### **TRAITEMENT** :

**Duplicata de l'ordonnance avec l'ensemble du traitement en cours au moment de l'inscription**

*(Le malade devra avoir avec lui une copie de l'ordonnance en cours au moment du pèlerinage, pour pallier différents problèmes : perte des médicaments, hospitalisation ...)*

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse mail : .....

**Date :**

**Cachet et signature :**

**Dossier saisi pour l'Hospitalité Aveyronnaise par le Docteur :** .....