

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 :