

Feuille jaune n°2



A remplir impérativement :

nom de la personne présentant le dossier :

téléphone :

commune :

HOSPITALITE de VIVIERS

PELERINAGE à LOURDES du 26 au 31 juillet 2026

DOSSIER MEDICAL

A adresser, sous enveloppe affranchie, AVANT LE 15 mai 2026 à
Dr Danielle PANOUILLERES 580 Chemin d'Argevillères 07000 PRIVAS

M Mme Melle Père Sœur Frère

NOM : Prénom :

Né(e) le : Téléphone(s) (fixe et/ou portable) :

Adresse :

Je vous remercie de bien vouloir remplir les différents paragraphes pour votre patient de façon à ce que nous puissions appliquer le protocole thérapeutique que vous avez mis en place, et la surveillance adaptée pendant son séjour à Lourdes.

D. Panouillères responsable des dossiers pèlerins malades

1-INFORMATIONS SPECIFIQUES COVID 19 :

Antécédents de COVID 19 :

évolution : simple sans complication

nécessité d'hospitalisation

avec passage en réanimation ; séquelles :

2-PATHOLOGIE PRINCIPALE :

3-ANTECEDENTS :

4-FAITS NOUVEAUX importants depuis le précédent pèlerinage (si tel est le cas) :

5-EXAMENS BIOLOGIQUES éventuellement utiles à surveiller :

6-ALLERGIES OU AUTRES INTOLERANCES :

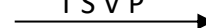
7-TRAITEMENTS

anticoagulant : oui non morphinique : oui non

insuline : oui non psychiatrique : oui non

cardiologique : oui non

T S V P



8-ETAT GENERAL

PERCEPTION par le médecin traitant du **HANDICAP** du patient et de son retentissement sur sa qualité de vie : Invalidité importante moyenne légère

GIR (degré de dépendance du malade) : 1(lourd) 2 3 4 5 6(léger)

Communication verbale :

Eventuels troubles du comportement :

Désorientation temporo-spatiale : oui non

Risque de fugue : oui non

Détérioration intellectuelle : légère moyenne sévère

9-SOINS SPECIFIQUES

♦ **escarres** : oui (localisation et stade :) non

matelas anti-escarres : oui (si oui, le prévoir) non

♦ **urinaires** : incontinence urinaire : oui non fécale : oui non

penilex : oui non

sonde urinaire : oui non

♦ **appareillage éventuel complémentaire** :

oxygénothérapie : oui (organisme prestataire :) non

ventilation ou PPC : oui (organisme prestataire :) non

stomie : oui (type :) non

autre :

10-ALIMENTATION

♦ **Troubles de la déglutition** : OUI au liquide au solide NON

♦ **Autonomie alimentaire** : oui non

♦ **Régime** : sans sel mixé

diabétique viande hachée normal

11-DIVERS

♦ **Vaccinations** : tétanos : oui non ne sait pas

♦ **Sérologie HIV** (si connue) : positive négative

♦ **Risque de contagiosité** : oui non

♦ **Prise de médicaments** : autonome donnés par infirmier(ère)

Merci de nous communiquer la dernière ordonnance.

Avec mes remerciements pour votre participation à la rédaction de ce dossier médical.

Cachet du médecin	Nom du médecin :
	Adresse :
	N° tél :
	Courriel :@.....
	Date :
Signature :	