

DOSSIER MEDICAL

Cadre réservé à l'hospitalité pour la codification :

(A remplir par le médecin traitant)

Les Médecins de l'Hospitalité Aveyronnaise 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.

Nom et Prénom :

Date de naissance.....

ANTECEDENTS et PATHOLOGIE PRINCIPALE :

.....

.....

.....

PERCEPTION DE L'IMPORTANT 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 :.....