



DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

INSCRIPTION

Rédigée par :

Téléphone :

A REMPLIR PAR Le PELERIN MALADE SON REPRESENTANT OU LE CHARGE D'INSCRIPTION

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ADRESSE :

VILLE :, CODE POSTAL :, TELEPHONE :

N° DE SECURITE SOCIALE :

MUTUELLE :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

POIDS : TAILLE : ALLERGIES :

ANTECEDENTS : Médicaux

Chirurgicaux

PATHOLOGIES EN COURS DE TRAITEMENT :

ETAT NEURO PSYCHIQUE : Délire, Névrose, Dépression, Démence, ... (nécessitant un accompagnant oui non)

A préciser :

MODE DE TRANSPORT HABITUEL : MARCHÉ FAUTEUIL ROULANT BRANCARD

REGIME ALIMENTAIRE :

MEDICAMENT	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

SI PATIENT DIABETIQUE : Préciser le type et le protocole d'Insulinothérapie :

.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

• SOINS :

- Aide à la toilette Soins d'escarres Aide aux repas Pansements Sonde (Préciser)

.....

- Kinésithérapie (Préciser)

- Transit Aspiration Oxygène

• ELEMENTS A SURVEILLER DURANT LE SEJOUR :

- Glycémie Tension Artérielle Oxygène (débit et durée)

Autres :

• BIOLOGIE : (Récente, datant de moins de 15 jours)

- INR HG glyquée autres

Cachet du Médecin

Dossier à retourner au médecin du train
Sous enveloppe cachetée (jointe)

