

Nom du Pèlerin à l'accueil : \_\_\_\_\_

**PELERINAGE DIOCESAIN à LOURDES – TRAIN ROUGE**  
(départ le 08 juin matin et retour le 13 juin soir)

**FICHE MEDICALE**

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	
Adresse : _____ _____	
Tél : _____	Portable : _____
NOUVEAU : <input type="checkbox"/>	PTA : <input type="checkbox"/>
TAILLE : _____	POIDS : _____
NATURE DU PROBLEME DE SANTE : _____	

**AUTONOMIE**

Vous vivez :            seul                            en collectivité

Etes-vous aidé :        Aide-soignante        Infirmière            Kiné

Gérez-vous vos médicaments ?            oui                            non

**AUTONOMIE DE DEPLACEMENT**

Se lever	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> impossible
Se coucher	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> impossible
Se déplacer	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> impossible
Déambulateur/ canne	<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>
Monter un escalier	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> impossible
Station debout	<input type="checkbox"/> facile	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> très peu
	<input type="checkbox"/> Impossible	<input type="checkbox"/> alité	

**AUTONOMIE SENSORIELLE**

Voir	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> non voyant
Entendre	<input type="checkbox"/> correct	<input type="checkbox"/> appareillage	<input type="checkbox"/> pas du tout
Parler	<input type="checkbox"/> correct	<input type="checkbox"/> difficulté	<input type="checkbox"/> pas du tout

## AUTONOMIE MENTALE

Communication       cohérente     désorientée     difficile  
 sans problème

## AUTONOMIE CORPORELLE

Toilette	<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Aide Partielle	<input type="checkbox"/> Aide Totale
Habillage	<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Aide Partielle	<input type="checkbox"/> Aide Totale
Problème urinaire	<input type="checkbox"/> sonde	<input type="checkbox"/> couche/jour	<input type="checkbox"/> couche/nuit
Problème anal	<input type="checkbox"/> poche	Taille : <input type="checkbox"/> couche/jour	<input type="checkbox"/> couche/nuit
Sommeil	<input type="checkbox"/> calme	<input type="checkbox"/> agité	
Confort la nuit	<input type="checkbox"/> médicament	<input type="checkbox"/> potence	<input type="checkbox"/> barrière de lit
Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lit médicalisé	

(sur prescription médicale)

## REPAS

Mange       seul       aide partielle     aide totale  
Types de repas       normaux (morceaux)  
 haché (coupé très fin)       mixé (bouillie)

## AUTRE

Prothèse pacemaker etc        
Oxygène        
Soins spéciaux à prévoir \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SOUHAITS PARTICULIERS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Attention, ce document parfaitement complété permet un meilleur confort pour le pèlerin accompagné, il est destiné aux Chefs de Salle et à l'infirmière responsable des malades.