

**Dossier à retourner, sous enveloppe fournie cachetée,  
à l'attention du médecin du Train**

**Inscription** : Responsable :

Téléphone :

**Administratif :**

**NOM :**

**PRENOM :**

**Date De Naiss.:**

**ADRESSE :**

Ville :

Code postal :

**NUMERO SECURITE SOCIALE :**

**MUTUELLE :**

**MESURE DE PROTECTION :**

Tutelle

curatelle

curatelle renforcée

Si oui coordonnées du tuteur/curateur :

**PHARMACIE (habituelle, téléphone) :**

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

**ANTECEDANTS**

**POIDS :**

**TAILLE :**

**ALLERGIES :**

**ANTECEDANTS MEDICAUX :**

**ANTECEDANTS CHIRURGICAUX :**

**TROUBLES COGNITIFS, PSYCHOLOGIQUES OU PSYCHIATRIQUES (démence, délire, dépression...) :**

**DATE DE LA DERNIERE DOSE DE VACCIN COVID OU DE LA DERNIERE INFECTION :**

**SOINS :**

	OUI	NON	COMMENTAIRES
STOMIE			
ESCARRE			
PANSEMENTS			
SONDE			
ASPIRATION			
KINESITHERAPIE			

**Dossier à retourner, sous enveloppe fournie cachetée,  
à l'attention du médecin du Train**

**TRAITEMENTS : FOURNIR L'ORDONNANCE EN COURS LORS DU PELERINAGE**

MEDICAMENTS ET DOSAGE	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHE

**Si insulinothérapie, protocole précis :**

MOLECULE	DOSAGE ET HORAIRE

**CAS PARTICULIERS :**

	OUI	NON	COMMENTAIRES
<b>OXYGENE</b>			
<b>VNI</b>			
<b>DIALYSE</b>			

**REMARQUES PARTICULIERES OU AUTRES INFORMATIONS A TRANSMETTRE :**

**Cachet et signature du médecin :**