



**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
OXYGENE			
VNI			
DIALYSE			

REMARQUES PARTICULIERES OU AUTRES INFORMATIONS A TRANSMETTRE :

Cachet et signature du médecin :