



RAPPEL IDENTITE : NOM ..... Prénom .....  
Né(e) le .....

**ETAT GENERAL**

**Communication verbale** : .....

**Etat psychologique** : .....

**Eventuels troubles du comportement** : .....

**Désorientation temporo-spatiale éventuelle** non oui

**Risque de fugue** non oui à doser (entourer) : + ++ +++

**Pronostic vital ou fonctionnel** : .....

**Perception par le médecin traitant du handicap du patient et de son retentissement sur sa qualité de vie :**

Invalidité importante  moyenne  légère

**Prescription :**

Lève-malade  Lit médicalisé  Barrières  Potence

**MODALITES DU VOYAGE** (sachant que les pèlerins-accompagnés sont en fauteuils 1<sup>ère</sup> classe inclinables)

Couché non  oui

**GIR (degré de dépendance du malade)** (entourer) : 1 2 3 4 5 6

**RÉGIME :**

Normal  Diabétique  intolérance(s) : .....

Sans sel  Haché  Mixé DIVERS : .....

Risque de fausse-route

**Allergies ou autres intolérances** .....

**Renseignements autres à communiquer**

Y a-t-il des directives anticipées non oui → si oui joindre le formulaire « Désignation personne Confiance »

Correspondance avec le médecin traitant à prévoir en fin de séjour :  oui  non

**J'autorise le personnel soignant de l'Hospitalité Jurassienne, à effectuer des actes de soins de la vie quotidienne sur le (la) patient(e) cité(e) ci dessus, pendant le temps du pèlerinage à Lourdes**

Cachet et signature du médecin	Nom du médecin : .....
	Numéro de téléphone : .....
	Date : .....

Avec nos plus vifs remerciements pour le temps passé à remplir cette fiche qui permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient !