

Hospitalité Jurassienne – Diocèse de Saint-Claude
PELERINAGE à LOURDES du lundi 15 au samedi 20 avril 2024

FICHE DE SOINS INFIRMIERS
(A compléter **par l'infirmière**, la famille et vous-même)

N° dossier :

NOM : Prénom :

Date de naissance Situation de famille : Marié(e) - Veuf(ve) - Célibataire

Adresse :

Téléphone :

Poids :kg Taille :cm N° Sécurité Sociale :

S'agit-il de votre premier pèlerinage en tant que malade ? oui non

Etes-vous déjà allé à Lourdes ? oui non

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ :

Nom Prénom

Téléphone fixe et/ou portable :

Lien de parenté :

Accompagnant éventuel

Nom : Prénom : Téléphone :

Lien relationnel avec la personne malade (famille, tutelle ou autre) :

MODALITES DU VOYAGE

Les pèlerins-accompagnés voyagent en fauteuils inclinables en wagon Première Classe

Préférez-vous rester assis dans votre fauteuil roulant

Disposez-vous d'un fauteuil roulant personnel que vous souhaitez emmener avec vous à Lourdes ? oui non

avec coquille oui non

électrique oui non

Si oui pensez à bien noter votre identité sur votre matériel (collez une étiquette : NOM – Prénom)

Y aura-t-il des soins à faire durant les voyages ? non oui si oui, lesquels

HEBERGEMENT : ACCUEIL MARIE SAINT FRAI

- Pouvez-vous vous déplacer seul (à l'intérieur) : oui non

Faut-il prévoir ?

• Lit médicalisé avec : potence matelas anti-escarres lève-malade

• Déambulateur apportez-vous le vôtre à Lourdes ? oui non

• Canne l'apporterez-vous à Lourdes ? oui non

• Avez-vous une **prothèse dentaire** oui non si oui haut bas

• Avez-vous une **prothèse auditive** oui non si oui droite gauche

• Portez-vous des **lunettes** oui non ou des **lentilles** oui non

• Autres (préciser)

TRAITEMENT MEDICAL

A prévoir et à apporter pour la durée du pèlerinage de 7 jours

Dans votre sac de pique-nique, apportez bien votre DERNIERE ORDONNANCE, votre PILLULIER marqué à votre nom

Gestion autonome du traitement : oui non

Prenez-vous vos médicaments seuls oui non avec aide oui non Pilage des médicaments oui non

Soins spécifiques : (préciser le rythme de ces soins : heure, jour)

Diabète : dextro rythme :(joindre carnet de surveillance)

Injections d'insuline rythme :

Dispositif transcutané lequel : fréquence :

Pansements – site : fréquence :

Matériel utilisé :

Soins des yeux :

Soins des oreilles :

Soins cutanés : escarres..... oui non

Si oui, localisation et fréquence des pansements :

Elimination intestinale:

Incontinence

Constipation..... oui non

Urinaire.... oui non

Diarrhée oui non

Fécale..... oui non

Besoin de protection la nuit.....oui non / le jour..... oui non

Si oui, prévoir vos protections ☞ **pour le voyage aller-retour** (1 ou 2 dans un sachet avec le sac de pique-nique)

☞ **et pour la durée du séjour**

Allergie connue :

Aide pour la toilette journalièrecomplète aide fait seul

Aide à l'habillage oui non

Bandes ou bas de contention oui non

Appareillage éventuel complémentaire :

O²thérapie..... oui non (si oui NOM et coordonnées du prestataire :

.....)
Débit : Durée :

Appareillage apnée du sommeil oui non (**pensez à apporter les appareils ou matériels nécessaires**)

Aérosol oui non

Inhalateur..... oui non

Sonde urinaire..... oui non

Auto sondage oui non

Stomie oui non (si oui type :

Dialyse : oui non Jours ou rythme :

Avant le départ, merci de prévenir votre centre de dialyse de votre destination (notez ci-après ses coordonnées du centre qui vous suit) :

.....)
Autres soins spécifiques - préciser :

ALIMENTATION

Mangez-vous seul(e) oui non

avec aide oui non

Trouble de la déglutition (risques de fausse route) oui non

Avez-vous une prescription d'eau gazeuse..... oui non

Restez-vous dans le fauteuil roulant pour le repas oui non

RÉGIME :

Normal Sans sel Diabétique?

Haché Mixé

Intolérance(s) : la(les)quel(les) :