

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

Cette fiche est à faire compléter par votre **médecin traitant** (ou médecin spécialiste) et permet à l'équipe médicale de partir à Lourdes avec le maximum d'informations. **L'acceptation de la participation au pèlerinage est soumise à l'avis de l'équipe médicale.**

Si vous n'avez aucun souci de santé, la fiche médicale peut être remplie par vous ou par vos parents, si vous êtes mineurs. CHAQUE PELERIN DOIT REMPLIR CE FORMULAIRE.

NOM : Prénom : Date de naissance:/...../.....

Sexe : M - F Poids :kg Taille :cm Groupe Sanguin et Rhésus:

Personnes à contacter en cas de problème:

1 - Nom-Prénom: N° de GSM:

2 - Nom-Prénom: N° de GSM:

Médecin traitant: N° de téléphone: N° de GSM:

Médecin spécialiste éventuel: N° de téléphone :

Maladies actives (y compris troubles du comportement)

-
-
-
-

Son état est-il **STABLE** ? (Epilepsie, diabète, comportement, risque suicidaire, ...)

Oui – non

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE - SUITE

Médicaments à prendre pendant le séjour :

Le patient est autonome pour les gérer : Oui / Non

Médicament	Matin	Midi	Souper	Coucher	Remarques

Allergies (A) et intolérances (I) :

Médicament	Allergique ou intolérant?	Aliments	A ou I?

Autres substances :

Antécédents :

- Maladie Oui / Non
- Opérations chirurgicales Oui / Non
- Troubles du comportement Oui / Non
- Dépression Oui / Non

- Tentative(s) de suicide Oui / Non

Soins particuliers et surveillance :

- Incontinence Oui / Non
- Risque de chute Oui / Non
- Risque de fugue Oui / Non
- Désorientation Oui / Non
- Surveillance constante Oui / Non
- Besoin de beaucoup de sommeil Oui / Non

Matériel que je dois prendre :

- Chaise roulante Oui / Non
- Béquilles Oui / Non
- Chaise percée Oui / Non
- Lève-personne Oui / Non

J'ai une sonde :

- Sonde urinaire Oui / Non
- Sonde gastrique Oui / Non

J'utilise de manière quotidienne :

- Respirateur Oui / Non

Autres :

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE - SUITE

Soins infirmiers et médicaux :

- Infirmiers :

- Surveillance médicale :

Vaccin antitétanique: date du dernier rappel (si le dernier rappel tétanos date de plus de 10 ans, en faire un avant le départ)

0 Je décharge l'asbl des Equipes Saint Michel de toute responsabilité quant aux conséquences que peut entraîner une contamination d'un des membres du groupe au Covid 19.

Remarques complémentaires :

Etat stable/instable :

Risques:

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE - SUITE

Remarques complémentaires :

Habitude de vie:

Autres :

J'autorise les médecins présents à Lourdes à prendre les décisions éventuelles pendant la durée du pèlerinage

Pensez-vous que cette personne puisse participer sans risque pour elle ou pour les jeunes qui vont l'accompagner durant le pèlerinage des Equipes Saint-Michel?

Nous rappelons que nous ne résidons pas dans une structure hospitalière et que les personnes moins-valides sont entourées de jeunes de 17-20 ans dans un hôtel, dans la chambre qu'ils partagent avec cette personne.

- Oui / Non

Date :/...../.....

Cachet du médecin traitant

Signature du médecin

A renvoyer à l'adresse ASBL Equipes Saint-Michel (Lourdes 2023), Av. De Tervueren 85 à 1040 Bruxelles ou à
medical@equipesstmichel.org