

## FICHE MÉDICALE (CONFIDENTIELLE)

*Si nécessaire, merci de faire remplir ce document lisiblement et en lettres capitales (ou par votre médecin traitant).  
A renvoyer à l'adresse asbl Equipes St. Michel (Lourdes 2018) – Av. de Tervueren 85 – 1040 Bruxelles ou  
medical@equipesstmichel.org*

Nom : .....

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

Sexe : M - F      Taille : ....., ..... mètres      Poids : ..... Kg      Groupe sanguin : .....

Numéro de téléphone des personnes à contacter en cas de problèmes :

1. Nom : ..... N° de GSM : ...../.....

2. Nom : ..... N° de GSM : ...../.....

Médecin traitant : Nom : .....

Adresse : rue : ..... N°: ..... bte : .....

code postal : ..... Localité : .....

N° de téléphone : ...../.....

### 1. Antécédents

Année	Antécédents médicaux	Antécédents chirurgicaux

**2. Problèmes de santé à signaler** : maladies, handicap ou trouble du comportement.

### 3. Allergies connues :

- o médicaments :

o aliments :

o autres :

**4. Vaccinations et dates** (si le dernier rappel tétanos date de plus de 10 ans, en faire un avant le départ) :

**5. Soins particuliers et surveillance médicale :**

**6. Précautions particulières :**

Soins infirmiers	Surveillance médicale particulière

Sommeil	
Déplacement	
Alimentation, régimes	
Incontinence	
Autres	

**J'autorise les médecins des Equipes Saint-Michel à prendre les décisions éventuelles pendant la durée du pèlerinage.**

**Date :** ...../...../2018

**Cachet du médecin :**

**Signature du médecin :**

**REMARQUE :** Il est toujours utile d'ajouter une feuille d'information complémentaires avec les habitudes de vie du pèlerin qui a besoin d'être accompagné.

## POSOLOGIE (CONFIDENTIEL)

Merci de faire remplir ce document lisiblement et en lettre capitale par votre médecin traitant .

Nom : ..... Prénom : ..... a besoin d'aide pour gérer ses médicaments : O OUI O NON

Coucher		
		Après
Dîner		Pendant
		Après
16h		Avant
		Pendant
Déjeuner		Après
		Pendant
Petit déjeuner		Avant
		Pendant
Médicaments		