

**HOSPITALITÉ DAUPHINOISE DE NOTRE DAME DE LOURDES  
PELERINAGE DU DIOCÈSE DE GRENOBLE-VIENNE à LOURDES du 21 au 26 juillet 2024.**

**OBSERVATION MEDICALE A REMPLIR PAR  
LE MEDECIN TRAITANT et à retourner  
AVANT LE 09 avril 2024**

Nous vous prions de bien vouloir insérer ce certificat dans l’enveloppe, blanche ci-jointe libellée au **médecin responsable du pèlerinage**, qui sera incluse dans la seconde enveloppe brune ci-jointe.

**S E C R E T P R O F E S S I O N N E L**

**Identification de la personne malade ou handicapée :**

NOM.....

PRÉNOM..... Date de naissance.....

ADRESSE.....

.....Tél :.....

POIDS..... TAILLE ..... Information importante car plusieurs implications pour le voyage

**ANTÉCÉDENTS**

Médicaux :.....

Chirurgicaux.....

**PATHOLOGIE PRINCIPALE**.....

Autres pathologies importantes dont Allergies :.....

TA..... ; Fréquence Cardiaque .....

Anomalies importantes révélées par l’examen clinique :.....

Déficits moteurs : oui non Localisation.....

Troubles Phasiques : oui  non

Complications ou urgences possibles et moyens habituels d’y faire face :.....

**Traitement médicamenteux : Joindre une photocopie de l’ordonnance en cours**

**En complément de la fiche de soins ci-jointe, merci de noter ici toute information que vous jugerez utile pour une meilleure prise en charge de la personne.**

Injections : .....

Surveillance de la glycémie : .....

Autre surveillance : .....

.....

.....

**Protocoles particuliers :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**TAMPON et SIGNATURE DU MEDECIN**

**Téléphone .....**

**Coordonnées du personnel soignant pour renseignements complémentaires si nécessaire :**

**Nom ou service .....**

**Téléphone .....**