

QUESTIONNAIRE PARAMÉDICAL

A remplir par la personne s'occupant habituellement de la personne malade :

PERSONNE QUI S'OCCUPE HABITUELLEMENT DE LA PERSONNE MALADE : (auxiliaire de vie, aide-soignante, infirmière, ou famille)

NOM : PRÉNOM : QUALITÉ :

TÉLÉPHONE : POSTE OU UNITE DE SOIN si en institution :

NOM DE LA PERSONNE MALADE: **PRENOM :**

POIDS : **TAILLE :** (**INDISPENSABLES** pour assurer à la personne malade des déplacements sécurisés et confortables)

Autonomie de la personne malade

Audition	<input type="checkbox"/> Entend	<input type="checkbox"/> Entend mal	<input type="checkbox"/> N'entend pas	
Langage	<input type="checkbox"/> Parle	<input type="checkbox"/> Parle difficilement	<input type="checkbox"/> Ne parle pas	
Vision	<input type="checkbox"/> Voit	<input type="checkbox"/> Voit mal	<input type="checkbox"/> Ne voit pas	
Respiration	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Essoufflement occasionnel	<input type="checkbox"/> Essoufflement permanent	<input type="checkbox"/> Dépendance respiratoire
Alimentation	<input type="checkbox"/> Mange seule	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide permanente	<input type="checkbox"/> Assistance totale
Élimination	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Conduire aux WC à heure fixe <input type="checkbox"/> Énurésie nocturne	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire permanente	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire et fécale
Sommeil	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Réveils occasionnels	<input type="checkbox"/> Réveils fréquents et angoisse nocturne	<input type="checkbox"/> agitation nocturne et/ ou insomnie totale*
Toilette	<input type="checkbox"/> Se lave seule	<input type="checkbox"/> Toilette à inciter et à vérifier	<input type="checkbox"/> Ne se lave seule que partiellement	<input type="checkbox"/> Doit être entièrement lavée
Habillement	<input type="checkbox"/> S'habille seule	<input type="checkbox"/> Aide au choix des vêtements	<input type="checkbox"/> Aide à l'habillage et au déshabillage	<input type="checkbox"/> Doit être habillée et déshabillée

Etat psychologique de la personne malade

*Rencontre préalable souhaitable avec l'équipe soignante

SENTIMENT DE SECURITÉ VECU	<input type="checkbox"/> Confiant, s'adapte	<input type="checkbox"/> Angoissée	<input type="checkbox"/> Dépression modérée	<input type="checkbox"/> Dépression sévère*	
CONTACT ET ORIENTATION	<input type="checkbox"/> Orientée, comprend	<input type="checkbox"/> Troubles mnésiques importants	<input type="checkbox"/> Désorientation	<input type="checkbox"/> Désorientation totale*	<input type="checkbox"/> Risque de fugue*
RELATIONS et Comportement	<input type="checkbox"/> Communique facilement	<input type="checkbox"/> Contacts limités	<input type="checkbox"/> Repli sur soi	<input type="checkbox"/> Agressivité, opposition*	

LOCOMOTION

Dossier n°

A Lourdes, en dehors des lieux d'accueil, toutes les personnes malades se déplacent :

- soit en **voiturettes** tirées par les hospitaliers (fournies sur place avec capote en cas de pluie)
- soit en fauteuils roulants loués sur place

Pour son autonomie à l'intérieur des lieux d'accueil (conduite salle à manger, toilettes), préciser si la personne malade :

- marche marche avec aide : accompagnée, avec canne(s) ou déambulateur
 Aide partielle aux transferts, tient debout aide totale au transfert
 fauteuil roulant, fauteuil roulant grande largeur fauteuil roulant grand confort
 brancard roulant

Il nous est impossible d'emporter des fauteuils électriques et nous ne pouvons emporter que quelques fauteuils personnels mécaniques, après accord de la commission médicale. En cas d'équipements personnalisés (appui tête, dossier inclinable, jambe allongée,) Merci de nous le préciser :

La position assise nécessite-t-elle la ou les jambes allongée(s) ? OUI NON

La position demi-assise nécessite-t-elle la ou les jambes allongée(s) ? OUI NON

Jambe raide : OUI NON Précisez : Gauche Droite

L'état de la personne malade nécessite-t-il

Qu'elle soit en **position couchée** pour les cérémonies (Durée 1h à 3h) : OUI NON

La personne malade présente-t-elle des **douleurs dans le cadre de mobilisations ou de transferts**, de quelle nature et à quel niveau ?

INFORMATIONS VOYAGE (Durée du voyage 7h)

L'état de la personne malade nécessite-t-il qu'elle soit en position :

- Assise siège TGV
 Allongée impérativement tout le trajet
 Recommandations particulières :

ACCES TOILETTES TGV

- Déplacement facile
 Déplacement avec aide
 Déplacement impossible (protection indispensable)

La personne malade bénéficie-t-elle d'appareillages ou de dispositifs médicaux ?

- | | | |
|---|---|---|
| Dentier(s) un <input type="checkbox"/> deux <input type="checkbox"/> | Prothèse(s) auditive(s) une <input type="checkbox"/> deux <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lunettes ou lentilles correctrices |
| <input type="checkbox"/> Bas de contention | <input type="checkbox"/> Appareillage pour apnée du sommeil | Protections urinaires jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gastrostomie | <input type="checkbox"/> Colostomie | <input type="checkbox"/> Sonde ou stomie urinaire |
| <input type="checkbox"/> Pompe à insuline | <input type="checkbox"/> Neurostimulateur | <input type="checkbox"/> Pénilex |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Trachéotomie | <input type="checkbox"/> Chambre de chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Prothèse orthopédique <u>amovible</u> (Précisez) | | ... <input type="checkbox"/> ...Extracteur d'O2 |
| <input type="checkbox"/> Nébuliseur pour aérosol + accessoires..... | | |

Matériel à prévoir en chambres

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Des barrières de lit | <input type="checkbox"/> Une potence de lit | <input type="checkbox"/> Matelas de réception (risques de chute) |
| <input type="checkbox"/> Cerceau | <input type="checkbox"/> Coussin de positionnement | <input type="checkbox"/> Matelas à air |
| <input type="checkbox"/> Lève malade | <input type="checkbox"/> Chaise douche | <input type="checkbox"/> Chaise percée |
| <input type="checkbox"/> Aspiration | <input type="checkbox"/> Pied à perfusion | <input type="checkbox"/> lit baignoire |

Je soussigné(e).....demande à l'hospitalité des Yvelines de bien vouloir m'accueillir comme personne malade ou handicapée. J'autorise Les médecins de l'Hospitalité à prendre toutes les mesures qui seraient rendues nécessaires par une aggravation de mon état de santé au cours du pèlerinage, y compris l'hospitalisation au Centre Hospitalier de Lourdes.

Signature obligatoire précédée de la mention « **Iu et approuvé** »