

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"/> Continente	<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
Habillage	<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

État psychologique de la personne malade

*Rencontre préalable souhaitable avec l'équipe soignante

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

Matériel à prévoir en chambres

- ☐ Des barrières de lit ☐ Une potence de lit ☐ Matelas de réception (risques de chute)
☐ Cerceau ☐ Coussin de positionnement ☐ Matelas à air
☐ Lève malade ☐ Chaise douche ☐ Chaise percée
☐ Aspiration ☐ Pied à perfusion ☐ 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 « lu et approuvé »