

QUESTIONNAIRE PARAMÉDICAL

A remplir par infirmière ou aide-soignante s'occupant de la personne malade ou sinon personne proche :

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

État psychologique de la personne malade

* Rencontre préalable souhaitable avec l'équipe soignante

SENTIMENT DE SECURITÉ VECU	☐ Confiante, s'adapte	☐ Angoissée	☐ Dépression modérée	☐ Dépression sévère *	
CONTACT ET ORIENTATION	☐ Orientée, comprend	☐ Troubles mnésiques importants	☐ Désorientation	☐ Désorientation totale *	☐ Risque de fugue *
RELATIONS et Comportement	☐ Communique facilement	☐ Contacts limités	☐ Repli sur soi	☐ 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

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

- ☐ marche seule ☐ marche avec aide : ☐ accompagnée ou ☐ avec canne(s) ou ☐ avec déambulateur **personnel**
- ☐ 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 (**à apporter**) ?

- | | | |
|--|---|--|
| Dentier(s) : ☐ un ☐ deux | Prothèse(s) auditive(s) : ☐ une ☐ deux | ☐ Lunettes ou lentilles |
| ☐ cannes ☐ une ☐ deux | ☐ Déambulateur ☐ pliable ☐ non pliable | |
| ☐ 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 par la personne malade (hormis celle sous tutelle), précédée de la mention « **lu et approuvé** »