

# DOSSIER MÉDICAL DE PRÉ-INSCRIPTION

Votre prochain voyage est un évènement dont l'importance justifie une préparation méticuleuse.

Afin de garantir les meilleures conditions de transport et séjour, nous vous remercions de bien vouloir compléter intégralement ce document, qui permet :

- au Médecin coordinateur de fournir un avis éclairé sur la possibilité d'accueil du voyageur
- au médecin accompagnateur de disposer de l'information suffisante.

Toutes les rubriques doivent être renseignées, sans exception, afin de ne pas retarder l'examen du dossier.

Ce message sécurisé est adressé directement au Médecin coordinateur, qui en garantit la confidentialité.

## 1. ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Civilité :  Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Situation familiale :

Adresse :

Ville :  Région :  Code postal :

Pays :

### **Accord du voyageur :**

Est-il informé du voyage, de sa destination, de sa durée ?

Est-il consentant ?

**Coordonnées de la personne à prévenir en cas d'urgence :** Lien (de parenté) :

Civilité :  Nom :  Prénom :  Tél. :

### **Personne de confiance**

La personne de confiance accompagne le voyageur dans ses démarches, l'aide à prendre des décisions. Dans le cas où son état de santé ne permet pas au voyageur de faire part de son avis ou de ses décisions, l'équipe médicale consulte en priorité la personne de confiance, même si en dernier lieu la décision revient au médecin de l'équipe.

La personne de confiance ne pourra obtenir communication du dossier médical du résident, sauf s'il a donné une autorisation exprès en ce sens. S'il souhaite que certaines informations ne soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances.

Pour plus de précisions, se reporter à l' Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique.

Civilité :  Nom :  Prénom :  Tél. :

**Protection juridique :**

si oui est sélectionné :

après sélection de l'un ou l'autre :

Civilité :  Nom :  Prénom :  Tél. :

## 2. INFORMATIONS MÉDICALES

### Médecin traitant :

Nom :  Prénom :  Tél. :

### Médecins spécialistes

Spécialité	Nom	Téléphone	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Dernière évaluation gériatrique, le cas échéant

Date	Type : (Aggir, EGS, ...)	Résultat : joindre une copie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Poids :  Kg      Taille :

Dernier examen clinique      Date :       Dr

### Observation :

Vaccin antigrippal :       si oui est sélectionné      Date :

Vaccin antipneumococcique :       si oui est sélectionné      Date :

Vaccin antitétanique :       si oui est sélectionné      Date :

**Appareillage et prothèses :**

Si prothèse dentaire :

Si prothèse auditive :

Si Pacemaker : Implanté le  Prochain contrôle :

Si chambre implantable : type  Localisation :

Si orthèse :

Si autre :

Pathologies	Evolution récente
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>
3 <input type="text"/>	<input type="text"/>
4 <input type="text"/>	<input type="text"/>
5 <input type="text"/>	<input type="text"/>

**Rééducation - réadaptation en cours :**

**Antécédents personnels :**

Médicaux :

Années	Pathologies
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Chirurgicaux :

Années	Pathologies

Psychiatriques :

--

Addictions :

### **3- EVALUATION DES BESOINS EN SOINS**

#### **3-1 Soins d'aide**

Sélectionner le niveau correspondant à la situation du voyageur, pour chaque rubrique

##### **Alimentation**

1- Installation

2- Service

3- Prise des aliments

4- Déglutition

5- Toilette

##### **Comportement**

6- Agressivité

7- Déambulation

### 3-2 Soins techniques infirmiers

#### Pansements

Localisation	Type	Fréquence	Début
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Injections

Modes	Produits	Fréquence	Horaires	Date de fin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> h <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> h <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> h <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> h <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> h <input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3-3 Évaluations ciblées

	Douleur		Risques	
	Physique	Morale	Chute	Escarre
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Echelle	E.V.A		Tinetti	Norton
Score	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3-4 Évaluation de la dépendance

8 - Cohérence	<input type="text"/>
9- Orientation	<input type="text"/>
10 - Habillage	<input type="text"/>
11- Elimination	<input type="text"/>
12 - Transferts	<input type="text"/>
13 - Déplacement intérieur	<input type="text"/>
14 - Déplacement à l'extérieur	<input type="text"/>
15 -Communication à distance (téléphone, sonnette, alarme)	<input type="text"/>

#### **4- DOCUMENTS A FOURNIR**

**Pathologies en cours** : joindre les derniers comptes-rendus d'hospitalisation

**Traitement en cours** : joindre la dernière ordonnance

**Dernier bilan biologique** : joindre copie

**Imagerie récente** : joindre copie compte-rendu

**Radiographie thoracique** : joindre compte rendu de moins de 3 mois

**Certificats de vaccination**

**Certificat d'aptitude à vivre en collectivité de moins de trois mois**

**Certificat d'aptitude au voyage projeté de moins de trois mois**

Date :

Nom et Fonction de l'évaluateur :

Imprimer le formulaire

Envoyer par messagerie

Ce message sécurisé est adressé directement au Médecin coordinateur, qui en garantit la confidentialité.

Réinitialiser le formulaire