CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL (à l'attention du médecin responsable du pèlerinage)

Obligatoire pour les pèlerins à l'Accueil

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : …… Date de naissance : ……

Localité (No Postal) : …… Canton : ……

No de Téléphone : ……

Personne à atteindre en cas d'urgence : ……

Adresse : ……

No de téléphone ……

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT :

Diagnostic(s) : ……

……

……

……

État clinique : ☐ stable ☐ instable

État compatible avec un transport en car d'une durée de 12 à 14 heures : ☐ Oui ☐ Non

Position couchée souhaitée : Oui Non

Complications ou urgences possibles pendant le voyage et durant le séjour :

……

Autres affections : ……

……

……

Traitements en cours* et posologie : (le patient doit se munir de tous ses médicaments pour 8 jours)

Cf « carte de traitement » sur le document « Informations confidentielles pour l'infirmier/-ère responsable, vérifiée/complétée par le médecin traitant.

……

Sachant que le voyage en car durera entre 12 à 14 heures, pensez-vous que l'administration en s/c d'HBPM soit indiqué : oui non

Si oui, merci de prescrire l'HBPM de votre choix et de vous assurer que l'administration puisse être assurée avant le départ de votre patient.

*y compris traitement non-pharmacologiques (oxygène, transfusion, etc.)

Directives anticipées : (si écrites, à joindre à ce certificat SVP) ☐ oui ☐ non

Allergies : ……

Régime alimentaire : ☐ normal ☐ diabétique ☐ sans sel ☐ Mixé ☐ autre : ……

Statut COVID : Je suis vacciné ☐ oui ☐ non

J'ai eu la maladie, date(s) :

Remarques et commentaires particuliers : ……

……

……

……

Lieu et date : **Signature et timbre du médecin :**

…… ……

Certificat à renvoyer **au plus tard pour le 05 juin 2025** à l'adresse suivante :

Voeffray Anne-Chantal, Route de l'Abbaye36, 1963 Vétroz

Mail : annechantal75@bluewin.ch tel : 079/748 89 29