

INFORMATIONS MEDICALES A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Ces informations sont utilisées afin de préparer au mieux la semaine sur place et ne seront transmises qu'aux membres de la commission soin de notre pèlerinage.

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

Remarques et commentaires particuliers :

.....

.....

Lieu et date :

.....

Signature et timbre du médecin :

.....

A renvoyer **au plus tard pour le 01 juin 2026** à l'adresse suivante :

Voeffray Anne-Chantal route de l'Abbaye 36 1963 Vétroz mail : annechantal75@bluewin.ch