

Nom :  
Prénom :  
Médecin traitant :



La Suisse à Lourdes  
Pèlerinage d'été

## Informations indispensables pour le séjour sur place

***Nous vous prions (participants, proche aidant, soignants) de remplir ce formulaire complètement même si vous avez déjà participé plusieurs fois à un pèlerinage à Lourdes.***

Ce formulaire doit être **renvoyé de suite** à l'adresse suivante : Voeffray Anne-Chantal  
Route de l'Abbaye 36  
1963 Vétroz

Ou par mail à l'adresse : [annechantal75@bluewin.ch](mailto:annechantal75@bluewin.ch)

EMS-CMS : si vous souhaitez nous fournir votre plan de soins, merci de nous l'envoyer également le plus vite possible. Vous pourrez fournir des informations plus récentes lors du départ.

### Souhaits :

Je désire voyager avec .....

Je souhaite partager ma chambre avec .....

### Mobilité

Je peux marcher seul(e)

Je peux marcher avec :  1 canne       2 cannes       mon déambulateur (rollator)

Je peux marcher avec l'aide d'une personne

Je me déplace en chaise roulante

J'ai mon propre fauteuil roulant       manuel       électrique

Je souhaite un fauteuil roulant de prêt

J'effectue les transferts chaise roulante

seul (e)  avec 1 personne  avec un élévateur

### Soins d'hygiène

J'ai besoin d'aide       partielle       complète pour effectuer ma toilette

au lavabo       bas au lit /haut au lavabo       au lit

J'ai besoin d'aide pour la douche

sur chaise percée       sur lit de douche

J'ai besoin d'aide pour m'habiller et me déshabiller

J'ai besoin d'aide pour mettre :

mes bas de contention       mes bandes de contention

Je porte des prothèses dentaires

supérieure       inférieure

## Alimentation

- J'ai besoin d'aide pour couper et préparer les aliments
- J'ai besoin d'aide pour boire
- J'ai besoin d'aide pour manger
- J'ai besoin d'un régime
  - mixé
  - viande hachée
  - autre : ..... (si possible)

## Élimination

- Je porte des protections contre l'incontinence  de jour  de nuit
- J'ai besoin d'être accompagné aux WC  de jour  de nuit
- J'ai besoin d'aide pour l'hygiène intime aux WC
- J'ai besoin d'un vase
- J'ai besoin d'un urinal

## Difficultés particulières

- J'ai des difficultés pour voir  lunettes
- J'ai des difficultés pour entendre  appareil acoustique  droit  gauche
- J'ai des difficultés pour parler

## Sécurité

- J'ai besoin de barrières au lit
- J'ai besoin d'un lit électrique
- Risque de chute
- Risque escarre
- Risque de consommation abusive d'alcool
- Risque de fugue  risque d'errance
- Risque de crise d'angoisse
- Poids : .....Kg.

## Équipements

- Je porte une sonde vésicale
- J'ai une colostomie :  poche à changer les : .....  
 plaque à changer les : .....
- J'ai un pansement à changer :

Localisation : .....

Fréquence des pansements : .....

Protocole :

- Autres problèmes cutanés et traitement :

**Veillez à prendre avec vous tout le matériel nécessaire à ces soins.**



# CARTE DE TRAITEMENT

J'ai besoin d'aide pour gérer mes médicaments  oui  non

Mon traitement actuel : **à remplir impérativement (ou joindre plan de traitement)**

Médicament	Dosage	Forme	08.00	12.00	18.00	22.00	Réserve

**Gouttes oculaires**  œil droit  œil gauche

Produit	Horaires

**Aérosols / Sprays / Inhalateurs**

Produit	Horaires

Je porte une CPAP / horaires :

Je reçois de l'oxygène : dosage :..... Horaires :.....

Je suis diabétique  glycémies.....

Insuline / Dosage	Horaires

**Autres traitements ou injections :**

.....