

DOSSIER MÉDICAL N°

PÈLERINAGE DIOCÉSAIN A LOURDES du 6 au 12 mai 2024

Dossier médical à adresser aux médecins du pèlerinage **avant le 01 mars 2024** dans l'enveloppe ci jointe.

Celle-ci sera ensuite jointe avec le bulletin d'inscription dans une seconde enveloppe adressée à :

HOSPITALITÉ

2 place cardinal Garrone, CS 10107 – 73001 CHAMBERY Cedex

A compléter par le pèlerin malade, son entourage ou la cadre de santé avant la transmission du dossier médical au médecin traitant.

M Mme **NOM** :

Prénom :

Nationalité Date de naissance : ; ; / / Age :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

Code postal : Ville :

**PHOTO
ACTUALISEE
RECENTE
REALISTE**

Photocopie attestation sécurité sociale

Photocopie attestation carte mutuelle

J'autorise la commission médicale du pèlerinage de Lourdes mandatée par le service diocésain des pèlerinages à collecter et à traiter les données de mon dossier médical, aux fins d'organisation dudit pèlerinage.

Cette autorisation est accordée à la signature du présent dossier et pour une période pouvant aller jusqu'à six mois après le dernier jour du pèlerinage annuel.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur mes données, sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à la direction des pèlerinages des diocèses de Savoie. Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Date :

Signature de la personne : **ou** Nom Prénom de son représentant légal :

Signature :

S'agit-il de votre premier pèlerinage en tant que personne malade ou handicapée ? Oui Non

Accompagnant éventuel

Nom : Prénom : Téléphone :

Lien relationnel entre vous et l'accompagnant :

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITE :

Nom : Prénom :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Téléphone de la personne à contacter au retour :

Mail :@.....

Informations médicales

Les médecins de la commission médicale prient le Médecin traitant de bien vouloir lui communiquer toutes les informations concernant ce patient afin d'évaluer son éligibilité au voyage et au pèlerinage et d'assurer au mieux la continuité des soins pendant son séjour à Lourdes. Ils l'assurent du respect du secret professionnel et le prient de croire à l'expression de leurs remerciements confraternels.

PATHOLOGIES PRINCIPALES actuelles :

ATCD importants médicaux :

ATCD importants chirurgicaux :

Allergies ou autres intolérances

ETAT GÉNÉRAL - Autonomie :

POIDS :Kg TAILLE : cm IMC :

Communication verbale :

État psychologique :

Désorientation temporo-spatiale possible oui non

Éventuels troubles du comportement :

..... **Risque de fugue** oui non

La perception par le médecin traitant du handicap du patient et de son retentissement sur sa qualité de vie : invalidité importante moyenne légère

Autonomie pour les soins d'hygiène : oui non

Aide à l'habillage : oui non

Équipements à prévoir : Lève-malade Déambulateur Cannes Autres :.....

GIR : 1 2 3 4 5 6

Directives anticipées : Risque vital ou fonctionnel :

Mesures de protection ? Curatelle type : Tutelle :

Coordonnées du tuteur/tutrice :

Adresse mail

Modalités du voyage :

Le trajet est réalisé en car équipé PMR, médicalisé (environ 10 heures de nuit). L'hébergement des pèlerins-malades se fait dans une structure dédiée de type hospitalier avec la présence permanente d'aidants et d'infirmier.

Préconisation pour le voyage :

Siège inclinable avec repose jambes (*recommandé*) ; le patient peut se mobiliser.

Brancard/Couchette (sont rapprochées et le patient ne peut pas se lever sans aide).

Le malade dispose-t-il d'un **fauteuil roulant** personnel oui non

électrique oui non

Dans les salles ou les sanctuaires :

Capacité à marcher ? Avec aides ?

Périmètre de marche : Restriction d'appui : oui non

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

1. Médicaments

Joindre une copie de la dernière ordonnance ! Sinon, merci de recopier ci-dessous le traitement.

MÉDICAMENTS	Posologie matin	Posologie midi	Posologie soir	Posologie coucher

Gestion autonome du traitement : oui non

Pour la durée du pèlerinage de 5 jours, le malade devra apporter sa dernière ordonnance et ses médicaments dans leur emballage ou éventuellement le pilulier non déblisté complété. Amener la carte de groupe sanguin si elle existe.

2. Dispositifs médicaux, appareillage, protections pour incontinence... devront être emportés impérativement pour la durée du pèlerinage.

3. Soins spécifiques

Pansements : Protocole.....

Escarres : oui non Localisations et sévérité :

Incontinence : oui non Étui pénien : oui non

Kinésithérapie → Type de prise en charge :

Dialyse péritonéale :

Autres soins spécifiques (préciser) :

4. Appareillages complémentaires

- Prothèses auditives
- Oxygène Débit : l/min Durée : h/j (organisme prestataire :)
- Ventilation ou PPC (organisme prestataire :)
- Sonde urinaire ou sondage itératif Fréquence :
- Stomie (type :)
- Lit médicalisé avec barrières avec potence
- Matelas anti-escarre
- Autre :

ALIMENTATION :

Troubles de la déglutition OUI NON

Autonomie pour la prise des repas : oui non Risque de fausses routes : Eau gélifiée

Prothèse dentaire mobile ? Haut Bas

Régime : Sans sel strict Sans fibres (épargne digestive) Végétarien Autre :

Texture : Mixé Haché

Régime alimentaire de l'**accompagnant** à préciser :

Nutrition artificielle entérale ou parentérale (apporter le matériel nécessaire) :

.....

DIVERS :

Vaccinations : Covid oui Dernier rappel :
 Tétanos oui Dernier rappel :

Risque de contagiosité

Avec nos plus vifs remerciements pour le temps passé à remplir cette fiche qui permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient.

Cachet du médecin :

Nom du médecin :

Date :

Signature :

E-mail :@.....

Téléphone :

Remarques de la commission médicale de l'Hospitalité

Estimation de la charge médicale du patient pour annotation spécifique avant ou pendant le pèlerinage et à faire remonter en fin de séjour au médecin traitant :

.....
.....
.....

Correspondance avec médecin traitant à prévoir en fin de séjour : oui non