

## 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 : .....@.....



# 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