



PELERINAGE DIOCESAIN DE LOURDES
DU 23/08/2024 AU 26/08/2024

FEUILLE D'INSCRIPTION DES PELERINS MALADES

Très important de remplir consciencieusement toutes les rubriques ci-dessous

VOUS DEVEZ ENVOYER AVEC CETTE FICHE le dossier médical complété par votre médecin traitant et une copie de la dernière ordonnance en cours sous enveloppe cachetée.

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Sexe :

Lieu d'embarquement souhaité :

Téléphone :

Poids :

Taille :

Médecin traitant :

Tel :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE :

Hospitalier

Tuteur

Famille

Personne de confiance

Nom et Prénom : Tel / Port :

Tel de la personne à contacter pour le retour :

Organisme de tutelle, le cas échéant :

Position pour le voyage :

Assis

Assis dans son fauteuil roulant avec appui-tête

Electrique

Pouvez-vous monter les marches du car ?

OUI

OUI avec aide

NON

Locomotion :

Déplacement seul

Avec aide humaine

Avec cannes

Avec déambulateur

Votre fauteuil roulant

Prothèse (hanche, genou, épaule, droite, gauche) :

Déficit neurosensoriel :

Vision

Ne voit pas

Voit mal

Lunettes

Audition

N'entend pas

Entend mal

Prothèses auditives

Parole

Ne parle pas

Parle difficilement

Risque de se perdre

Désorientation

Régime alimentaire :

Normal

Haché

Mixé

Diabétique

Sans sel

Troubles de la déglutition

Eau gélifiée

Aide au repas : OUI NON

Nutrition parentérale

Prothèse dentaire :

Haut

Bas

Toilettes :

Autonome

Aide partielle

Aide totale

Toilette au lit

Soins infirmiers : **Injection :** Insuline Anticoagulant Autre : :

Horaire :

Pansement et soins :

Type de plaie ou de soins à préciser (Protocole à joindre) :

Aide à la prise de médicament

Apnée du sommeil appareillé (prendre votre équipement)

Oxygène : Débit par 24h : Durée : **Nom du prestataire :**

Type appareillage : **Tel prestataire :**

Dialyse

Aide au coucher : OUI NON

Barrière au lit prescrite

Matelas à air

Lève-malade

Verticalisateur

Fonctions urinaires et digestives :

Besoins de change (**à emporter**)

Le jour

La nuit

Incontinence urinaire : Sonde urinaire

Etui pénien

Le jour

La nuit

Stomie type à préciser : Poches pour stomie (**à emporter**)

Incontinence fécale

Observations :

J'accepte que les informations me concernant et portées dans le bulletin d'inscription ci-dessus ou les informations contenues dans le dossier médical joint soient consignées dans un fichier numérique à la discrétion d'un médecin de l'Association Diocésaine de RODEZ (Direction des Pèlerinages Diocésains, Hospitalité Aveyronnaise de N.-D. de Lourdes) en vue du Pèlerinage à Lourdes. Ces informations ne pourront pas être communiquées à quiconque d'autre sans mon autorisation expresse et écrite. Vous pouvez à tout moment demander la modification ou la suppression de ces informations en écrivant à contact@hospitalite12.fr

Date : Signature du pèlerin malade :

EN PARTANT A LOURDES, VOUS DEVEZ EMPORTER AVEC VOUS :

- **vosre carte vitale ou attestation,**
- **la dernière ordonnance prescrite (la plus récente) ,**
- **vos médicaments ainsi que pansements, changes, matériel spécifique (stomie).**

Inscription remplie par : Nom : Prénom :

Téléphone : Mail :