



HOSPITALITÉ NOTRE DAME DE LOURDES DE SAVOIE
2 place cardinal Garrone, CS 10107 – 73001 CHAMBERY Cedex

DOSSIER MÉDICAL N°

PÈLERINAGE DIOCÉSAIN A LOURDES du 25 au 31 mai 2025

Dossier médical à adresser, dans une enveloppe fermée, aux médecins du pèlerinage **avant le 20 mars 2025**.

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
OBLIGATOIRE**

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 :@.....

Tous les numéros communiqués doivent être joignables pendant la durée du pèlerinage

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 déblité 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 :

Hémodialyse :

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

Piscine

La température de l'eau aux piscines est de 12 °C.

Validez que votre patient puisse être immergé quelques minutes à cette température. oui non

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