



PELERINAGE DIOCESAIN DE LOURDES
DU 26/08/2022 AU 29/08/2022

FEUILLE D'INSCRIPTION DES PELERINS MALADES
Très important de remplir consciencieusement toutes les rubriques
Vaccination COVID19 Obligatoire (justificatif à joindre)

Nom et Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse _____
Lieu d'embarquement : _____ Sexe : _____
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 :

Position pour le voyage : Assis Couché Assis dans son fauteuil roulant (si appui-tête)
électrique

Peut-il monter les marches du car ? OUI NON

Locomotion : Déplacement seul Avec aide Avec cannes
Avec déambulateur Votre fauteuil roulant Sur brancard
Utilise les escaliers

Prothèses : Préciser :
.....

Déficit neurosensoriel : Vision Audition Parole Désorientation et/ou Risque de fugue

Régime alimentaire : Normal Haché Mixé Diabétique Sans sel
Troubles de la déglutition Eau gélifiée
Aide au repas : OUI NON Nutrition parentérale

Soins infirmiers : Injection Préciser type :
Insuline Horaires :

Pansement : Type de plaie à préciser (Protocole à joindre) :

Prise de médicament contrôlée par l'infirmière Apnée du sommeil appareillé
Oxygène (Débit par 24h) : Dialyse

Toilettes : Aide totale Aide partielle sans toilette intime Toilette au lit

Aide au coucher : OUI NON Lit médicalisé Barrière au lit Potence
Lève-malade Verticalisateur

Incontinence : Besoins de change (à emporter) Le jour La nuit
Sonde urinaire Etui pénien
Poches pour stomie Type de stomie :

Autres observations :

VOUS DEVEZ EMPORTER AVEC VOUS : votre carte vitale ou attestation, la dernière ordonnance prescrite, photocopie pass vaccinal, vos médicaments ainsi que pansements, changes, matériel spécifique.

Rempli par _____ Date : _____
(ex : Seul, hospitalier, maison de retraite, téléphone ...)

Signature : _____
Téléphone : _____

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 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