



PELERINAGE DIOCESAIN DE LOURDES
DU 21/08/2026 AU 24/08/2026

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 :

Téléphone :

Sexe :

Adresse :

Ancien Hospitalier Aveyronnais :

OUI NON

Lieu de départ souhaité :

Poids :

Taille :

Médecin traitant :

Tel :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE :

Nom et Prénom : Tel / Port :

Tel de la personne à contacter pour le retour :

Organisme de tutelle, le cas échéant :

Position pour le voyage :

Pouvez-vous monter les marches du car ? OUI OUI avec aide NON

Assis Assis dans votre fauteuil roulant avec appui-tête Electrique

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 Eau pétillante

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 Médicament à écraser

Apnée du sommeil appareillé (prendre votre équipement VNI ou PPC)

Oxygène 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

Incontinence fécale

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

Observations :

Si vous rencontrez des difficultés pour compléter cette feuille, merci de bien vouloir prendre contact au 07 82 13 66 25

J'ai pris connaissance qu'en allant à Lourdes :

- Je serai hébergé à l'Accueil Notre Dame (établissement médicalisé et non un hôpital)
- Je suivrai le traitement médical prescrit par mon médecin traitant, sous la surveillance du personnel de santé qui vient à Lourdes bénévolement.

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. J'autorise également la prise de vue et la publication de mon image sur divers supports.

Date : Signature du pèlerin malade :

EN PARTANT A LOURDES, VOUS DEVEZ EMPORTER AVEC VOUS :

- votre 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 :