

PELERIN MALADE

DEMANDE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE

au pèlerinage du diocèse de Dijon à Lourdes du jeudi 17 au mardi 22 août 2017

Formulaires à remplir par la personne malade ou son entourage

A adresser impérativement avant le 30 juin 2017 au

« SERVICE DES PELERINAGES - 9bis boulevard Voltaire - 21000 DIJON »

**Attention !
Joindre le duplicata
de la dernière
ordonnance**

Mettre une croix dans la case de la réponse exacte

ECRIRE LISIBLEMENT EN LETTRE MAJUSCULE

M. - Mme - Mlle - Père - Sœur

NOM _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____ N° de téléphone _____

Adresse complète : _____

Date et lieu de naissance _____

N° Sécurité Sociale : _____ Adresse : _____

N° Mutuelle complémentaire : _____ Adresse : _____

Êtes-vous sous tutelle/curatelle ? Si oui, nom et adresse du tuteur/curateur : _____

Nom et téléphone de la personne ou organisme venant vous chercher à la gare : _____

Êtes-vous déjà venu(e) à Lourdes : oui - non Si oui : comme pèlerin comme malade

Gare de départ : Dijon Les Laumes-Alesia Avez-vous un billet gagnant : non - oui billet n° _____

Uniquement si elle est différente de la vôtre, adresse pour l'envoi des papiers et de la carte de pèlerin : _____

Indiquez la ou les personnes à prévenir si nécessaire (nom, adresse, téléphone) : _____

Nom, adresse et téléphone de votre médecin traitant : _____

Si une intervention chirurgicale d'urgence est nécessaire, je déclare autoriser le Médecin du Pèlerinage à la faire pratiquer.

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

- Je serai hébergé dans un accueil (et non en hôpital)*
- Je suivrai le traitement médical que m'aura prescrit mon médecin, sous la surveillance du personnel de santé qui vient à Lourdes bénévolement.*

Date :

Signature de la personne malade :

(des parents pour les mineurs,
du tuteur pour les personnes sous tutelle)

Ne rien inscrire
dans ce cadre

N° _____

Date _____

Règlement _____

DEMANDE D'ADMISSION MEDICALE

**Questionnaire à remplir par la personne malade ou son entourage
et à adresser avec le reste des documents demandés avant le 30 juin 2017**

Ce questionnaire, confidentiel, est destiné au personnel de Santé (médecins et infirmières) pour permettre de préparer au mieux votre séjour à l'hospitalité du pèlerin malade. Merci de répondre avec précision. à toutes les questions.



NOM..... **Prénom**.....

Adresse ou structure médicale

Age :..... ans **Poids** : Kgs **Départ de gare** : **DIJON** **LES LAUMES-ALESIA**

Pour les patients en structure médicale, joindre copie du GIR

Mettre une croix dans la bonne case

Ne rien écrire dans cette colonne

POUR PREPARER VOTRE PLACE DANS LE TRAIN :

	OUI	NON
Chez vous , vous marchez seul(e) - sans aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous marchez avec une canne (<i>apporter votre canne</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous marchez avec un déambulateur (<i>ne pas apporter le déambulateur</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—→ <i>Si vous avez répondu NON aux trois questions précédentes :</i>		
Vous pouvez, malgré tout, tenir debout sur vos jambes, si on vous soutient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pouvez, malgré tout, monter un escalier, si on vous aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous déplacez :		
- en fauteuil roulant uniquement (<i>un fauteuil vous sera prêté à Lourdes</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- en fauteuil roulant spécialement adapté à votre état (<i>à emporter</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- en fauteuil électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mais je peux être transporté(e) en fauteuil roulant mécanique pendant cinq jours à Lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes allongé(e) strict (<i>voyage sur brancard aménagé</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POUR PREPARER VOTRE PLACE EN CHAMBRE :

Chez vous , avez-vous : un lit médicalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec Barrières ? <input type="checkbox"/> avec une potence ? <input type="checkbox"/>		
Avez-vous l'oxygène en permanence ? <i>apportez votre extracteur et bouteilles</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>portables suffisantes pour le voyages aller/retour et les célébrations à l'extérieur</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un appareil pour apnée du sommeil (<i>apportez le</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une ou des prothèses (hanches, genoux...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chez vous , avez-vous des Soins, faits par un(e) infirmier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour : Sonde urinaire <input type="checkbox"/> poche colostomie <input type="checkbox"/> Injections <input type="checkbox"/>		
Insuline (<i>apporter tout le matériel nécessaire pour la durée du pèlerinage</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements d'escarres ou de plaies (lesquelles ? : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence urinaire (<i>apporter le nombre de protections nécessaires pour le séjour</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence selles (<i>apporter le nombre de protections nécessaires pour le séjour</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chez vous , assurez-vous seul(e) votre toilette ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous besoin d'une aide pour vous habiller et déshabiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des bas de contention à mettre le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous besoin d'une aide pour déjeuner ? (si oui, cochez une case ci-dessous)		
Aide partielle (couper la viande) <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>		
Avez-vous un régime alimentaire particulier (si oui, cochez une case ci-dessous)		
Sans sel <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Haché <input type="checkbox"/> Mixé strict <input type="checkbox"/> Eau gélifiée <input type="checkbox"/>		

POUR PREPARER VOTRE TRAITEMENT :

Apportez la dernière ordonnance résumant l'ensemble de votre traitement en cours

Apportez le traitement pour la journée du départ à portée de main dans un sac

Pouvez-vous prendre votre traitement seul(e) ? (entourer la bonne réponse) OUI NON

Si vous ne pouvez pas prendre votre traitement seul(e) : **Apportez les médicaments sous emballages entiers ou dans leurs boîtes /pas de pilulier** (la répartition journalière sera être faite sur place dans le service)

J'écris au verso des remarques ou des désirs particuliers

TRAIN

GIR

HOSPITALITE DE LOURDES
DIOCESE DE DIJON
9bs boulevard Voltaire
21000 DIJON
Tél. 03.80.63.14.65

Mon cher confrère,

Un(e) de vos patients(es) va participer au Pèlerinage Diocésain annuel des malades à Lourdes. Des médecins vont le (la) prendre en charge médicalement pendant son séjour dans un service de type hospitalier, l'ACCUEIL NOTRE DAME, en liaison éventuellement avec l'Hôpital de LOURDES si son état le nécessitait.

Nous vous remercions donc de bien vouloir remplir le plus précisément possible le certificat médical au verso de cette lettre, pour nous communiquer la ou les pathologies principales de ce (cette) patiente, ainsi que ses principaux antécédents et vos recommandations particulières le (la) concernant.

Ces renseignements nous sont indispensables, non seulement pour accepter sa demande d'admission et prévoir les soins dont il(elle) pourra bénéficier dans notre service d'accueil, mais surtout pour pouvoir les communiquer le plus précisément possible au service hospitalier de Lourdes si il(elle) devait y être hospitalisé(e).

Nous insistons sur la nécessité des précisions de votre part et sur le caractère médico-légal et déontologique de votre réponse.

Nous vous signalerons par courrier, dès notre retour, tout évènement médical qui serait survenu au cours de son séjour.

Remplir ce document peut être, c'est vrai, une contrainte pour vous, mais c'est pour nous une source d'information médicale majeure pour le suivi de votre patient(e) . Aussi nous vous remercions du temps que vous lui consacrerez.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et nous vous assurons de nos sentiments confraternels.

Les Médecins du pèlerinage.

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

NOM _____ Prénom _____
Adresse _____
Téléphone _____

PATHOLOGIE(s) PRINCIPALE(s)

-
-
-

ANTECEDENTS A SIGNALER PARTICULIEREMENT

-
-
-

ETAT GENERAL

- Conscience :
- Comportement :
- Relations Humaines :

SOINS PARTICULIERS A EFFECTUER

- Perfusions : (produits, rythme, etc)
- Injections : IV IM SC (Rythme et nature)
- Pansements : Escarres : (localisation, produits utilisés , rythme)

Stomies : (localisation, type, rythme)

- Sondages : Aspirations:
- Oxygène : (Nuit, Jour, Débit)

NOM du médecin _____
Adresse _____
Téléphone _____

Signature et cachet du médecin :