



**PELERINAGE DIOCESAIN DE LOURDES**  
**DU 23/08/2018 ~ 26/08/2018**

**FEUILLE D'INSCRIPTION DES PELERINS MALADES**  
**Très important de remplir consciencieusement toutes les rubriques**

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Age : ..... Sexe : .....  
Adresse : .....  
Lieu d'embarquement (voir au dos) : .....  
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)  Electrique   
*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  Risque de fugue

**Régime alimentaire :** Normal  Haché   
Diabétique  Sans sel  Mixé  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  partielle sans toilette intime  Toilette au lit

**Aide au coucher** OUI  NON  Barrière au lit  Potence  Lève-malade   
Lit médicalisé  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, vos médicaments ainsi que : Pansements, changes, matériel spécifique.**

Rempli par ..... Date : ..... Signature : .....  
(ex : Seul, hospitalier, maison de retraite, 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 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.

# LIEU D'EMBARQUEMENT

## Secteur Rodez

- Rodez Saint Pierre
- Rodez parking de Géant
- La Primaube
- Baraqueville place de la mairie
- Naucelle-Gare Terra Segala
- Réquista
- Villefrache de Panat
- Pont de Salars

## Secteur Decazeville

- Saint-Christophe, place de la mairie
- Decazeville, place de la Vitarelle

## Secteur Millau

- Millau, garage Causse
- Séverac le château, Place de la Gare

## Secteur Nord Aveyron

- Laguiole
- Mur de Barrez
- Espalion
- Bozouls
- Laissac

## Secteur St Affrique

- Parking gare routière
- Moulin Neuf
- Petit Saint-Jean
- Saint Sernin

## Secteur Villefranche

- Rieupeyroux presbytère
- Montbazens foirail bas
- Villefranche place Fontanges

## Sur Toulouse

Toulouse péage Toulouse nord A62

# DOSSIER MEDICAL

(A remplir par le médecin traitant)

Les médecins de l'Hospitalité Aveyronnaise prient le Médecin traitant de bien vouloir communiquer tous les renseignements concernant son patient et le remercient par avance.

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....

Téléphone : ..... Age : .....

## ANTECEDENTS ET PATHOLOGIE PRINCIPALE:

.....  
.....  
.....  
.....

PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DU HANDICAP : Invalidité Importante

GIR : ..... Moyenne

POIDS : ..... IMC : ..... Légère

## PROBLEMES PSYCHIATRIQUES :

.....

Désorientation  Risque de fugue

## ALLERGIE :

.....

OXYGENE : Débit : ..... Durée : ..... Organisme Prestataire : .....

Pendant le transport : .....

Type d'appareillage : Extracteur   
Bouteille (O<sup>2</sup> liquide)   
Pression Positive Continue

DIALYSE : Péritonéale  Extra Corporelle

Contact avec le centre de dialyse de Lourdes : Pris

A prendre  (aux soins des Médecins de l'Hospitalité)

SEROLOGIE : (Si connues) HIV : ..... Hépatites : .....

TRAITEMENT AVEC POSOLOGIE : (Duplicata de la dernière ordonnance de préférence)

.....  
.....  
.....  
.....

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone : .....

Cachet  
Signature