



# PÈLERINAGE DIOCÉSAIN DE TOULOUSE À LOURDES



**ANNÉE 2024**

**DOSSIER  
MÉDICAL**

Mon cher confrère,

Votre patient, M ..... a émis le souhait de participer au prochain PÈLERINAGE à Lourdes. A moins que vous n'émettiez un avis défavorable à ce déplacement, il sera accompagné pour ce voyage et séjour par l'Hospitalité Diocésaine. L'Equipe Médicale Responsable de cette association, vous remercie de remplir cette observation, qui permettra un meilleur suivi des soins et traitements à lui prodiguer pendant ce séjour.

Ce document restera la propriété des médecins de l'Hospitalité Diocésaine qui vous assurent le respect du secret médical.

Bien confraternellement vôtre,

Les médecins de l'Hospitalité Diocésaine,

## Renseignements indispensables

NOM : .....

Prénom : .....

Taille : ..... Poids : .....

Adresse : .....

.....

Secteur : .....

Date de naissance (très important) : .....

Téléphone : .....

Personne (ou maison de retraite) à prévenir: .....

Téléphone : .....

Vie à domicile  OUI  NON

Vie en institution  OUI  NON

Si EHPAD : .....

## Pathologie principale et signes cliniques actuels :

.....  
.....

## Antécédents :

.....  
.....

## Allergies éventuelles ou intolérances médicamenteuses :

.....  
.....

## Troubles :

	OUI	NON		OUI	NON
Trouble de la mémoire			Désorientation temporo-spatiale		

## Symptômes Psycho-comportementaux :

	OUI	NON		OUI	NON
Hallucinations			Dépression		
Agitation, agressivité (cris ...)			Anxiété		
Apathie			Troubles du sommeil		
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de fugues ...)					

## Fonctions sensorielles :

	OUI	NON		OUI	NON
Cécité			Surdité		

NOM et Prénom du malade : .....Âge : .....Chambre : .....

## TRAITEMENT ET SOINS À ENVISAGER AU COURS DU PÈLERINAGE

Pour que le suivi thérapeutique des pèlerins puisse être assuré dans les meilleures conditions, veuillez remplir le tableau suivant avec le maximum de précisions (**en lettres majuscules, merci**)

<b>Insuline</b> <i>Prévoir le protocole et le nécessaire pour la durée du pèlerinage</i>	OUI	NON	Heure matin	Heure midi	Heure soir	Dosage
<b>Glycémie capillaire</b> <i>Prévoir le protocole et le nécessaire pour la durée du pèlerinage</i>	OUI	NON	Heure matin	Heure midi	Heure soir	Dosage
NOM DU MEDICAMENT	DOSAGE	POSOLOGIE				
		FORME	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER
<b>REMARQUES EVENTUELLES</b>						

Nom de sa pharmacie .....

**Le malade est-il capable de suivre correctement, lui-même, son traitement ?**

OUI  NON

Avec leur carte d'assuré social, les pèlerins sont priés d'apporter leur carte de groupe sanguin, **la copie de la dernière ordonnance en cours**, leurs médicaments, leur appareillage ainsi que les protections pour incontinence (en quantité suffisante).

Impérativement, vous devez laisser les comprimés sous blisters afin de permettre leur identification, **seuls les piluliers préparés en pharmacie sont autorisés.**

En cas de nécessité, les Médecins ou Pharmaciens responsable du Pèlerinage se réservent la possibilité d'entrer en contact avec le Médecin traitant ou l'infirmière libérale pour obtenir un complément d'information.

NOM et Prénom du malade : .....Âge : .....Chambre : .....

**Soins de la vie quotidienne :**

	OUI	NON		OUI	NON
Autonomie pour les soins d'hygiène			Aide à l'habillage		
Incontinence urinaire			Incontinence fécale		
Transfert lit/fauteuil					

**Soins techniques :**

	OUI	NON		OUI	NON
Oxygénothérapie			Sonde urinaire		
Sondes d'alimentation			Gastrotomie		
Sondes trachéotomie			Colostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)			Urétérostomie		
Chambre implantable			Dialyse péritonéale		

**Plaies, escarres ou ulcères :**

(Prévoir le protocole et le nécessaire pour la durée du pèlerinage)

	ESCARRES	ULCERES
<i>OUI</i>		
<i>NON</i>		
<i>Localisation</i>		
<i>Stade</i>		
<i>Durée du soin</i>		
<i>Type de pansement</i>		
<i>Protocole</i>		

**Appareillage éventuel complémentaire :**

	OUI	NON		OUI	NON
Fauteuil roulant			Déambulateur		
Lit médicalisé			Orthèse		
Lit avec barrières			Prothèse		
Lit avec potence			Pace-maker		
Matelas anti-escarres			Appareil auditif		
Appareil dentaire			Oculaire (lunettes, lentilles ...)		
Canne			Béquille		

**Alimentation :**

Autonomie alimentaire : Totale  Partielle  Nulle  Tierce personne

Trouble de la déglutition : Oui  Non  Au liquide  Au solide

Régime : Sans sel  Diabétique  Mixé  Haché  Epaisi  Normal

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :**

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

T.S.V.P.

NOM et Prénom du malade : .....Âge : .....Chambre : .....

**VOYAGE : Si besoin, le voyage s'effectue en bus spécialement aménagés avec lits, système de blocage de fauteuil, plateau élévateur d'embarquement, W.C., etc.**

Lieu de départ (attention bien lire la feuille complémentaire) : .....

En fonction des réponses, le bus passera le plus proche de votre domicile, mais ne fera pas de porte à porte

Pour le mois d'Août seulement

Préfère-t-il voyager ?

Assis

Allongé

Sur son fauteuil

Sur son fauteuil électrique

Soins dans le bus :

Injections ? ..... : OUI  NON

Changes ? ..... : OUI  NON

Autres : .....

**MÉDECIN ou PERSONNEL DE SANTÉ QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER**

Nom

Prénom (s)

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Date

Signature

Cachet

Nom et numéro de téléphone infirmière libérale : .....

.....

**ATTENTION, ceci est très important** : Aucun dossier ne sera pris en considération s'il n'est pas accompagné de la signature du malade ou de son tuteur après avoir pris connaissance de ce paragraphe.

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

- Je serai hébergé à l'Accueil Notre Dame qui n'est pas un hôpital et dans une chambre non individuelle
- Je suivrai le traitement médical que m'aura prescrit mon Médecin, sous la surveillance du personnel de santé qui vient à Lourdes bénévolement.

Signature,

Pour les personnes sous-tutelle

Signature du tuteur légal,

Merci d'adresser dès que possible ce document aux Médecins Responsables qui se proposent de vous contacter si nécessaire :

**Docteur Sandra MAHAIE, 1 ter Chemin de REVIROU, 31120 ROQUES**