

HOSPITALITE DIOCESAINE DE NICE

Salle Nazareth, immeuble les Mimosas
91 chemin du Val Fleuri

06800 CAGNES SUR MER

Tél: 04.93.13.03.51
Hospitalitenice06@gmail.com

Pèlerinage à Lourdes

Du 3 au 9 juillet 2016

Cher(e) Ami(e),

En vue de participer au Pèlerinage annuel à Lourdes qui aura lieu du 3 au 9 juillet 2016, vous trouverez ci-joint un dossier Médical à faire **remplir et tamponner par votre médecin traitant.**

Ce dossier doit être renvoyé **impérativement avant le 07 juin 2016**, accompagné de la photocopie de votre attestation d'assuré social, au Médecin Conseil de l'Hospitalité, qui étudiera votre candidature au cours d'une commission Médicale.

Merci d'utiliser pour cela l'enveloppe jointe.

Durant votre séjour, vous serez hébergés dans un accueil (et non un hôpital), vous suivrez **le traitement prescrit par votre médecin traitant**, sous la surveillance du personnel de santé qui vient à Lourdes bénévolement.

Le prix du pèlerinage pour un malade revient à **460 euros** (transport en car spécialisé, plateaux repas, hébergement à l'accueil St Frai....), financé en partie par les quêtes réalisées par les hospitaliers tout au long de l'année et par des dons.

Une participation solidaire selon vos revenus est la bien venue, laquelle pourra être réglée durant votre séjour à Lourdes. Un chèque de 50 euros est nécessaire pour prendre en compte la réservation, il ne sera encaissé qu'en cas d'annulation injustifiée de dernière minute, et pourra être rendu, durant le séjour, en cas de difficultés,

TRES IMPORTANT : signalez toute annulation le plus rapidement possible au **04-93-13-03-51** pour laisser votre place à un autre malade

Dans l'espoir de vous retrouver à nos cotés sur le chemin de Marie.

La Présidente de l'Hospitalité

Magali ASTIER

Médecin responsable de l'équipe
médicale
Dr Nicolas REIX

En cas de photographie, si vous ne souhaitez pas que votre image soit utilisée, merci de nous renvoyer ce coupon dûment rempli avec votre dossier (cocher la case)

NOM : PRENOM :

Signature :

ne souhaite pas que son image soit utilisée sur quelque support que ce soit (sauf la photographie du pèlerinage)

DOSSIER MEDICAL

PELERINAGE A LOURDES

A RENVoyer DANS L'ENVELOPPE JOINTE ADRESSÉE AU MÉDECIN DE L'HOSPITALITÉ

PHOTO

**TOUT DOSSIER INCOMPLET ET NON SIGNE PAR
LE REPRESENTANT LEGAL NE SERA PAS RETENU**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE

Monsieur Madame Enfant (cocher la case utile)

Nom : Prénom : Age :

Adresse :

.....Téléphone :

Numéro de Sécurité Sociale :

Vous venez d'une maison de retraite ? Laquelle

Avez-vous déjà participé à un pèlerinage comme personne malade : Non Oui (Année(s) :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Lien de parenté (ou qualité) :

MEDECIN CONSTITUANT LE DOSSIER

Nom : Téléphone :

Adresse :

DEMARCHE SPECIALE

Autorisation d'opérer : OUI NON

PARTICIPATION AUX FRAIS

Nous souhaitons que tout malade participe aux frais du voyage et du séjour à Lourdes dans la mesure de ses moyens.

Ma participation en fonction de mes revenus se limite à : €

Case à compléter OBLIGATOIREMENT :

Nom de l'Hospitalier(e) qui vous a remis
le dossier :

.....

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

- ◆ je serai hébergé dans un Accueil (et non un hôpital).
- ◆ je suivrai le traitement médical que m'aura prescrit mon Médecin, sous la surveillance du personnel de santé qui vient à Lourdes bénévolement.
- ◆ j'autorise la commission médicale à décider mon hospitalisation à l'hôpital de Lourdes si mon état de santé le nécessite.
- ◆ je décharge la Direction du Pèlerinage et l'Hospitalité Diocésaine de Nice de toute responsabilité en cas d'accident ou de décès.

Signature des parents pour un mineur ou de la tutelle :

Date et signature du malade :

Traitements

Nom :

Prénom :

N° de Salle :

Allergie(s) connue(s) :

.....

DATE

M M S N

TRAITEMENT, DOSAGE et POSOLOGIE à renseigner par le médecin constituant le dossier

(Utiliser une ligne par médicament en indiquant la posologie dans les cases adéquates)

Exemple : **PLAVIX 75 mg** (1 CP par jour le matin)

1 0 0 0

A				
B				
C				
D				
E				
F				
G				
H				
I				
J				
K				
L				
M				
N				
O				
P				

Nom et cachet du médecin constituant le dossier :

Vaccination anti tétanos à jour : OUI NON Ne sait pas

TRAITEMENT INJECTABLE (préciser dans le tableau)	INSULINOTHERAPIE (préciser dans le tableau)	AEROSOLTHERAPIE (précisez dans le tableau)
ANTICOAGULANT S/C	OXYGENOTHERAPIE (précisez le débit):	PROTOCOLE PANSEMENT <input type="checkbox"/> OUI (le joindre) <input type="checkbox"/> NON
SOINS SPECIFIQUES (Stomie, sonde vésicale, ...)	DIVERS	

Administration des traitements

Nom :

Prénom :

N° de Salle :

Gestion autonome des médicaments : OUI NON

Cadre réservé à l'Hospitalité durant le Pèlerinage

	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N
A																								
B																								
C																								
D																								
E																								
F																								
G																								
H																								
I																								
J																								
K																								
L																								
M																								
N																								
O																								
P																								

Observations durant le séjour :

OBSERVATIONS DESTINEES AU CORPS MEDICAL

(À remplir par le médecin traitant)

Nom : Prénom :

Age : Poids : Taille :

Diagnostic précis de l'affection ou du handicap principal :

→

S'agit-il d'une maladie contagieuse ? Oui Non

◇ Antécédents : Prothèse Pace maker Autre (préciser dans le cadre prévu à cet effet)

Médicaux	Chirurgicaux

◇ Allergie connue :

◇ Régime à suivre : (cocher toutes les cases utiles)

Normal Mixé Diabétique Sans Sel Sans résidus Végétarien Autre :

◇ Bilan d'autonomie :

Etat Physique	<input type="checkbox"/> Très mauvais	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Bon
Vigilance	<input type="checkbox"/> Inconscient <input type="checkbox"/> DTS	<input type="checkbox"/> Confus	<input type="checkbox"/> Apathique	<input type="checkbox"/> Alerte
Mobilisation	<input type="checkbox"/> Doit rester constamment allongé <input type="checkbox"/> Kinésithérapie (préciser) :	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant mécanique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant Electrique	<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Cadre de marche	<input type="checkbox"/> Valide
Elimination Urinaire	<input type="checkbox"/> Incontinence (taille protection :)	<input type="checkbox"/> Appareillage (préciser) :	<input type="checkbox"/> Doit être conduit aux WC	<input type="checkbox"/> RAS
Elimination Intestinale	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Appareillage (préciser) :	<input type="checkbox"/> Doit être conduit aux WC	<input type="checkbox"/> RAS
Etat Cutané	<input type="checkbox"/> Escarre (stade et localisation :) <input type="checkbox"/> Autre plaie :			<input type="checkbox"/> Intégrité de peau
Hygiène & Habillement	<input type="checkbox"/> Toilette complète	<input type="checkbox"/> Aide à la toilette	<input type="checkbox"/> Autonome	
Alimentation	<input type="checkbox"/> Risque fausse route	<input type="checkbox"/> Nutrition entérale	<input type="checkbox"/> Mange avec aide	<input type="checkbox"/> Autonome
Respiration	<input type="checkbox"/> Appareillage (préciser)	<input type="checkbox"/> Installation (préciser) :	<input type="checkbox"/> Kiné respiratoire	<input type="checkbox"/> R.A.S.
Etat Psychique	<input type="checkbox"/> Déprimé	<input type="checkbox"/> Agressif	<input type="checkbox"/> Angoissé	<input type="checkbox"/> Bon Moral
Sommeil & Repos	<input type="checkbox"/> Agité	<input type="checkbox"/> Dort peu	<input type="checkbox"/> Dort bien	<input type="checkbox"/> Somnifère (préciser dans la partie traitement)
Douleur	<input type="checkbox"/> Douleur chronique (préciser dans la partie traitement)	<input type="checkbox"/> Douleur aigüe (préciser dans la partie traitement)	<input type="checkbox"/> Pas de douleur	

**Tout appareillage utile devra être emporté !!
Il sera enregistré à votre départ de Nice**