

Agen, le 02 avril 2019

M.

Madame, Monsieur et cher(e) ami(e),

Le pèlerinage **2019** de l'Hospitalité Notre-Dame de Lourdes du diocèse d'Agén se déroulera du :

Jeudi 11 juillet au Lundi 15 juillet 2019

En espérant pouvoir compter sur votre participation, vous trouverez ci-joints :

- ◆ **un bulletin d'inscription**
et
- ◆ **un dossier médical : à remettre, à faire remplir et tamponner obligatoirement par votre médecin traitant**

à retourner impérativement à :

Hospitalité Notre-Dame de Lourdes du diocèse d'Agén
43, boulevard Edouard Lacour
47000 AGEN

pour le **31 mai 2019** au plus tard

Si vous n'avez pas la possibilité de contacter votre médecin rapidement, nous vous invitons à nous envoyer votre dossier médical dans un second temps (ce document est obligatoire pour votre inscription définitive).

Le nombre de places disponibles au sein du Centre d'Accueil Marie Saint Frai à Lourdes étant limité, nous vous prions de bien vouloir considérer que **votre participation vous sera confirmée début Juillet** par notre Hospitalité après avis de sa commission médicale.

La participation des frais pour un malade reste inchangée, à savoir 200 € pour tout le séjour (tous frais compris : l'hébergement et le transport). **Si vous avez des difficultés pour régler la totalité de cette somme, mettez-vous en relation avec un responsable, pour trouver un arrangement. Soyez assuré de notre totale discrétion.**

En espérant avoir la joie de pouvoir vous compter des nôtres pour ce pèlerinage diocésain à Lourdes, nous vous prions de croire à nos sentiments dévoués en Notre-Dame et nous vous prions d'agrèer, Madame, Monsieur, cher(e) ami(e), l'expression de nos sentiments bien amicaux.

Le Président,
Simon Fuchs

P.J. : Bulletin d'inscription et fiche médicale

Personnes à contacter pour de plus amples informations si nécessaire :
Roseline PARREIL 06 86 92 48 35 ou **Muriel CLERC 06 74 95 31 81**

BULLETIN D'INSCRIPTION

Madame, Monsieur,

Nom : Prénom

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Téléphone portable :

Coordonnées Médecin traitant :

Personne à contacter (Etablissement, famille etc..) Téléphone :

(Veuillez compléter ou modifier les informations ci-dessus)

Êtes-vous sous TUTELLE : **OUI** **NON** *(Rayer les mentions inutiles)*

Si **OUI** – Nom, Prénom du tuteur :

Adresse :

Code postal : **Ville** : **Téléphone** :

TRANSPORT

Veuillez cocher dans la case correspondante

1) D'où préférez-vous partir avec le car de l'Hospitalité : (nous pouvons être amenés à modifier les circuits)

AGEN AIGUILLON ASTAFFORT CASTELJALOUX

FUMEL MARMANDE NERAC

STE LIVRADE TONNEINS VILLENEUVE-SUR-LOT

Devez-vous voyager en car médicalisé couché ? **OUI** **NON** *(Rayer les mentions inutiles)*

2) Qui vous amènera depuis votre domicile jusqu'au départ du car :

Nom de la personne : **Téléphone** :

3) Pour votre séjour à Lourdes, amènerez-vous :

votre fauteuil roulant personnel votre fauteuil électrique (places limitées)

votre déambulateur autres (précisez)

Pour toutes questions, vous pouvez contacter l'infirmière responsable :
Roseline PARREIL 06 86 92 48 35

DOSSIER MEDICAL

Nom : Prénom :

ASSOCIATION MEDICALE INTERNATIONALE DE NOTRE-DAME DE LOURDES

*Pèlerinage diocésain à Lourdes du **Judi 11 juillet** au **Lundi 15 juillet 2019***

Aux termes du règlement, les personnes âgées, malades ou handicapées qui désirent prendre part au pèlerinage doivent être pourvues d'un certificat médical délivré dans la quinzaine qui précède la date d'arrêt des listes des pèlerins. Ce certificat doit être aussi complet et précis que possible. La présente fiche ci-jointe a pour but de faciliter la rédaction de cet important document et sera remise directement à la personne désirant être inscrite au pèlerinage des personnes âgées, malades ou handicapées à son médecin traitant habituel qui réglera personnellement les frais de ce certificat et son affranchissement.

Monsieur et cher Confrère,

Nous vous prions instamment, avec l'autorisation implicite que vous en donne la personne âgée, malade ou handicapée, de bien vouloir remplir la présente fiche médicale et la glisser dans l'enveloppe jointe :

avant le 31 mai 2019

Le bureau médical de LOURDES s'engage à n'user de votre nom et à ne le publier qu'avec votre autorisation formelle.

Le présent questionnaire n'a rien de scientifique. Il ne constitue qu'un simple guide destiné aux commémoratifs de la maladie.

Nous vous serions reconnaissants d'y indiquer clairement le traitement et le régime du malade afin que nous soyons en mesure de respecter vos prescriptions pendant la durée du pèlerinage.

Veillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'assurance de nos sentiments distingués.

**Le Docteur de l'Hospitalité Diocésaine
Pierre-Jean PUDAL**

N.B.- Il est possible d'accueillir à Lourdes des malades dialysés.

Cachet du Médecin traitant

Téléphone du médecin traitant :

Pour toutes questions, vous pouvez
contacter l'infirmière responsable :
Roseline PARREIL 06 86 92 48 35

FICHE MEDICALE

Identité du malade :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Personne à contacter (Etablissement, famille etc.) Téléphone :

(Veuillez compléter ou modifier les informations ci-dessus)

Antécédents Médicaux

Antécédents Essentiels

Allergies

État actuel

- Physique
- Psychique
- Poids

Traitement médical Joindre la DERNIERE ORDONNANCE

Surveillance particulière

Glycémie : TA : TP INR (apporter le dernier résultat) :

Antécédents chirurgicaux Interventions et dates

Prise de médicaments prise seul **Élimination** normale
prise contrôlée (par IDE) couche jour et nuit

Toilette seul couche nuit seulement
avec aide au lavabo sonde urinaire
au lit

Mobilité seul
avec canne ou déambulateur
fauteuil roulant

Porteur de dentier

Soins particuliers : Trajet
Séjour

Régime	normal <input type="checkbox"/>
	sans sel <input type="checkbox"/>
	hépatique <input type="checkbox"/>
	diabétique + sans sel <input type="checkbox"/>
Régime strict pendant le séjour	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Difficulté à la mastication :	
<input type="checkbox"/> Coupé menu	ou <input type="checkbox"/> Mixé
ou <input type="checkbox"/> Haché	

Veuillez cocher dans les cases correspondantes ou rayer les mentions inutiles