

NOM :Prénom :Age :



Hospitalité du Poitou à Lourdes
du 4 au 9 août 2026

DOSSIER MEDICAL n°

A retourner avant le 15 mai 2026



☐ Mme ☐ M. NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Adresse postale :

N° téléphone portable :

Code postal :

Domicile : ☐ Ehpad ☐ Hôpital

Ville :

N° sécurité sociale :

Est-ce votre 1^{er} pèlerinage : ☐ oui ☐ non

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom :

Prénom :

N° téléphone portable :

N° téléphone portable de la personne à contacter au retour :

OBLIGATOIRE A JOINDRE :

- l'ordonnance pour les traitements en vigueur
- en cas de besoin de matériel (lève malade, oxygène...), l'ordonnance de location matériel pour la durée du pèlerinage (4 au 9 août 2026)
- en cas d'oxygène, une ordonnance pour une bouteille supplémentaire.

Le médecin du pèlerinage de l'Hospitalité du Poitou, prie le médecin traitant de bien vouloir lui communiquer tous les renseignements concernant ledit patient afin d'appliquer le protocole thérapeutique instauré par ses soins et assurer sa surveillance pendant son séjour à Lourdes.

Il l'assure du respect du secret professionnel et le prie de croire à l'expression de ses remerciements confraternels.

Je vous remercie de bien vouloir retourner ce dossier au :

Docteur Didier LAURENCON

15 chemin de Rault

79220 Sainte OUENNE

NOM :Prénom :Age :

PATHOLOGIE PRINCIPALE

ATCD :
.....

Présence d'une bactérie multi résistante **ou syndrome infectieux chronique** ☐ oui ☐ non

Risque de contagiosité ☐ oui ☐ non

Allergies ou autres intolérances.....

Perception par le médecin traitant du handicap du patient et de son retentissement sur sa qualité de vie :

☐ invalidité importante ☐ moyenne ☐ légère

TRAITEMENT	anticoagulant	☐ oui ☐ non	morphinique	☐ oui ☐ non
	insuline	☐ oui ☐ non	psychotique	☐ oui ☐ non
	gestion autonome du traitement	☐ oui ☐ non	cardiologique	☐ oui ☐ non

SOINS INFIRMIERS (à compléter par le médecin traitant ou IDE)
--

I- SOINS SPÉCIFIQUES :

Pansements (prévoir le nécessaire pour 6 jours**)** :.....

Autonomie pour les soins d'hygiène ☐ oui ☐ non

Aide à l'habillage ☐ oui ☐ non

Escarres : ☐ oui ☐ non Si oui, localisation et stade :

NOM :Prénom :Age :

Continence : (prévoir le nécessaire pour 6 jours)

Incontinence urinaire ☐ oui ☐ non

Incontinence fécale ☐ oui ☐ non

Penilex ☐ oui ☐ non

Sonde urinaire ☐ oui ☐ non

Appareillage éventuel complémentaire :

Oxygénothérapie ☐ oui ☐ non si oui ordonnance du médecin traitant pour location durée du pèlerinage

Ventilation ou ☐ oui ☐ non si oui ordonnance du médecin traitant pour location durée du pèlerinage

Stomie ☐ oui ☐ non type :

Autre :

II - ALIMENTATION :

Troubles de la déglutition ☐ oui ☐ non ☐ au liquide ☐ au solide

Autonomie alimentaire ☐ oui ☐ non

Régime alimentaire ☐ sans sel ☐ diabétique ☐ végétarien
☐ mixé ☐ haché ☐ normal

EVALUATION GENERALE

Nutrition entérale (apporter le matériel nécessaire : pompe, tubulures, nutriments pour 6 jours) :

Communication verbale :

Éventuels troubles du comportement :

Désorientation temporo-spatiale ☐ oui ☐ non

Risque de fugue ☐ oui ☐ non **Si oui système de localisation**

Détérioration intellectuelle ☐ légère ☐ moyenne ☐ sévère

NOM :Prénom :Age :

Dans les salles ou sanctuaires, commodités à prévoir

Lit : ☐ médicalisé ☐ électrique ☐ avec barrières ☐ avec potence

Autres (préciser) :

Examens biologiques éventuellement utiles à surveiller ☐ oui ☐ non

Si oui prévoir les ordonnances du médecin traitant pour la durée du pèlerinage

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné aux inscriptions. Les destinataires des données sont le corps médical de l'Hospitalité du Poitou. Les données seront conservées au long du pèlerinage.

Conformément à la loi « informatique et libertés » en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'information et de rectification des informations qui vous concernent, ainsi que du droit d'opposition, droit à l'oubli, droit à la portabilité, à la limitation du traitement et à l'effacement dans le cadre permis par le Règlement Européen. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à l'Hospitalité du Poitou.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Avec les plus vifs remerciements du médecin de l'Hospitalité du Poitou pour l'attention portée à renseigner cette fiche qui permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient.

Cachet du médecin	Nom du médecin : Adresse postale : Téléphone portable : Date : Signature :
-------------------	--