



Hospitalité Diocésaine de Verdun

PELERINAGE à LOURDES du 21 au 26 juillet 2025

Photo récente

DOSSIER MÉDICAL

A adresser sous enveloppe à :

Œuvre des pèlerinages – 29 Rue de la Paix - BP 50090 - 55103 VERDUN Cedex

☎ 03.29.86.00.22 - 06.70.29.62.31

(à remplir par le malade)

M Mme **NOM** : _____

Prénom : _____

Né(e) le ____ / ____ / _____

Téléphone (fixe ou portable) _____

Adresse : _____

S'agit-il de votre premier pèlerinage en tant que malade ? Oui Non

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom _____ Prénom _____

Lien de parenté _____

Téléphone fixe ou portable :

Le Docteur B. GILSON, médecin accompagnant de l'Hospitalité Diocésaine de Verdun, prie le médecin traitant de bien vouloir lui communiquer tous les renseignements concernant le patient afin d'appliquer le protocole thérapeutique instauré par ses soins, assurer sa surveillance et optimiser sa prise en charge, pendant son séjour à Lourdes.

PATHOLOGIE PRINCIPALE : _____

Antécédents médicaux : _____

Antécédents chirurgicaux : _____

Handicaps sensoriels : _____

Allergies ou autres Intolérances (médicamenteuses, alimentaires...) : _____

EXAMENS BIOLOGIQUES éventuellement utiles à surveiller : _____

ETAT GENERAL :

Communication verbale : _____

Etat psychologique : _____

Eventuels troubles du comportement : _____

Risque de fugue oui non

Degré et nature du handicap : _____

MODALITES DU VOYAGE (Très important)

Le malade dispose-t-il d'un fauteuil roulant personnel oui non électrique oui non

Partie 1 : Du domicile ou de la structure d'accueil jusqu'à la gare de Metz :

- trajet par ses propres moyens (voiture personnelle, ambulance)
- trajet en car de tourisme au départ de Verdun ou de Bar Le Duc, organisé par l'Œuvre des pèlerinages.
Le malade peut-il monter : - seul les marches d'accès aux places assises d'un car : oui non
-avec un peu d'aide : oui non

Partie 2 : De la gare de Metz à Lourdes : trajet en TGV 1^{ère} classe - durée 7 à 8 heures

Pouvez-vous voyager assis : oui non

Devez-vous voyager couché : oui non

DANS LES SALLES OU LES SANCTUAIRES :

Commodités à prévoir :

- Lit médicalisé , électrique , avec barrières , avec potence , matelas anti-escarres
- Déambulateur , canne
- Autres (préciser) _____

ACCOMPAGNANT EVENTUEL :

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Lien relationnel avec le malade : Famille : _____ Tutelle (ou autre) : _____

Cachet du médecin

Nom du médecin : _____

email : _____

N° de téléphone : _____

Date _____ Signature : _____

Si un changement notoire de l'état de santé ou du traitement du patient survient après que ce document ait été transmis, veuillez impérativement en informer l'Œuvre du Pèlerinage et l'équipe médicale dans les meilleurs délais.

Les informations recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique. Les destinataires des données sont le corps médical de l'Hospitalité de Verdun. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Docteur GILSON. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Le dossier médical sera détruit à l'issue du pèlerinage.

Appareillages ou dispositifs médicaux complémentaires : à apporter impérativement

Oxygénothérapie oui non / Organisme prestataire : _____

Ventilation ou PPC oui non / Organisme prestataire : _____

Sonde urinaire oui non Pénilex oui non

Stomie oui non / Type : _____

Protections pour incontinence oui non

Coussins de positionnement (précisez lesquels) : _____

Autre dispositif : _____

Autres soins :

Kinésithérapie : oui non Type de prise en charge : _____

Dialyse : oui non

Autre : _____

Alimentation :

Troubles de la déglutition oui non liquide et/ou solide ?

Autonomie alimentaire oui non

Régime : Sans sel Mixé
 Diabétique Haché Normal

Nutrition parentérale : *apporter impérativement le matériel nécessaire* _____

Régime alimentaire de l'accompagnant, à préciser si besoin : _____

Divers :

Vaccinations : Tétanos oui non ne sait pas

 Hépatite oui non ne sait pas

Sérologie HIV (si connue) positive négative

Risque de contagiosité oui non

Groupe sanguin _____

Autres commentaires :

