

Inscription des pèlerins en accueil au Pèlerinage 2022 : mode d'emploi

Le dossier d'inscription comprend :

- le Dossier Pèlerinage

Ce sont les informations essentielles qui nous sont nécessaires pour organiser votre voyage et votre séjour à Lourdes. Ces informations font l'objet d'une saisie informatique.

- le Dossier de Soins

Ce dossier est à remplir avec beaucoup d'attention. C'est lui qui permettra à l'Hospitalité de préparer votre prise en charge, pendant la durée du transport et à Lourdes. Ce dossier doit porter votre signature, ou celle de votre représentant légal.

- le Dossier Médical de Liaison

Ce document est à remplir par votre médecin et contient des informations sensibles. Il doit être communiqué au médecin régional, sous enveloppe fermée adressée à son nom, **après signature par vous-même ou par votre représentant légal.**

Au Dossier Médical de Liaison doit être joint **votre ordonnance**, de préférence imprimée, avec les indications sur la posologie et le mode d'administration des médicaments. **Un modèle est fourni au verso du Dossier Médical de Liaison.**

- l'autorisation de soins

S'il est nécessaire de commander du matériel médical spécifique auprès de prestataires extérieurs, la Direction Régionale du Pèlerinage pourra vous demander des documents complémentaires.

Pour les accompagnants en accueil : remplissez le Dossier Pèlerinage, et en cas de régime alimentaire particulier, le Dossier de soins.

Aumônerie

Nous vous recommandons d'écrire au directeur régional, sous enveloppe fermée, tout ce qu'il vous semble utile de porter à sa connaissance pour la préparation du service d'aumônerie et des célébrations du Pèlerinage. Les personnes qui ne sont pas catholiques ou qui ne sont pas baptisées sont expressément invitées à le faire savoir, de manière confidentielle.

ATTENTION ! TRÈS IMPORTANT !

Le jour du départ, vous n'oublierez pas de prendre avec vous, dans une pochette fermée :

- une pièce d'identité
- votre carte Vitale
- votre carte de mutuelle
- votre attestation d'assurance rapatriement, si vous en avez une (très précieux en cas de rapatriement)
- votre ordonnance la plus récente

*En signant le "Dossier Pèlerinage", le "Dossier de soins" et le "Dossier médical de liaison", vous avez autorisé la Fédération Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit pèlerinage. Cette autorisation est accordée pour une période pouvant aller jusqu'à quinze jours après le dernier jour de pèlerinage annuel. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à la Fédération Pèlerinage du Rosaire (adresse postale ci-dessous, ou à l'adresse électronique cil.rosaire@gmail.com).
Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*

Document à conserver avec vous !

DOSSIER PÈLERINAGE 2022

 Photo
 (obligatoire)

 Pèlerin en Accueil

 Accompagnant

 M. Mme Mlle Père Frère Sœur

Date de naissance

Nom

Prénom

COORDONNÉES

N° et voie : Téléphone fixe :

Complément : Téléphone mobile :

Code postal : Commune :

Adresse électronique :

CONTACT

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :

Téléphone : Adresse électronique :

Nom de la personne de confiance désignée :

Téléphone : Adresse électronique :

VOTRE VOYAGE VERS LOURDES
 Propres moyens Avec la région (lieu de départ souhaité).....

 Type de place : Assis Allongé Sur son fauteuil roulant personnel

Personne ou organisme qui vous accompagnera
 Au DEPART

 Au RETOUR

Nom

Nom

Téléphone.....

Téléphone

VOTRE ASSURANCE RAPATRIEMENT (Attestation obligatoire à fournir)

Compagnie et nom de l'assureur :

Numéro de Police : Téléphone.....

* Votre carte bancaire vous permet de bénéficier d'une assurance rapatriement à condition que le n° de téléphone de l'assureur y soit inscrit au dos. Pensez à l'emporter avec vous à Lourdes.

Je reconnais que ma démarche est volontaire et personnelle et que je suis suffisamment informé(e) au sujet : 1°) des conditions de transport en TGV (kit SNCF, place assise ou en fauteuil roulant) ou en bus (PMR ou normal), 2°) des conditions de mon logement à Lourdes, dans des Accueils. Ces établissements, équipés pour recevoir des personnes malades (chambres de 1 à 6 pers.) et comportant un service de garde médical, ne sont pas des hôpitaux. (Pour toute information, prendre contact avec la Direction Régionale du Pèlerinage)

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données renseignées et autorise la Fédération Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit pèlerinage. Cette autorisation est accordée à la signature du présent dossier et pour une période pouvant aller jusqu'à quinze jours à compter du dernier jour de pèlerinage annuel. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur mes données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à la Fédération Pèlerinage du Rosaire (adresse postale ci-dessous, ou à l'adresse électronique cil.rosaire@gmail.com).
 Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Date

Signature du pèlerin ou de son représentant légal

HÉBERGEMENT - CADRE RÉSERVÉ À L'HOSPITALITÉ
 Région

 Service National Tournesols

 Service National Coquelicots

 Tournesols Hôtel

 Coquelicots Hôtel

Le choix du service sera fait par le médecin des Services Régionaux ou Nationaux, en fonction du souhait exprimé, mais aussi en fonction de l'âge, du dossier médical et de la disponibilité des lits.

DOSSIER DE SOINS 2022

Nom Prénom :

Poids :

Âge :

Rempli par : Téléphone :

Aide à la toilette	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	Déficit moteur Membre sup <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit Membre inf <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit
Aide à l'habillage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	
Aide aux repas	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	
Aide à la prise de médicaments	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale (<input type="checkbox"/> à écraser)	
Aide aux transferts	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	Déplacements dans le Sanctuaire <input type="checkbox"/> Voiturette bleue <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Brancard
	<input type="checkbox"/> Mobilisation douloureuse	<input type="checkbox"/> Risques de chutes		

Alimentation RISQUE DE FAUSSES ROUTES

Présentation Normal Viande Hachée Mixé Pas de repas fourni

Régime Normal Diabétique et sans sel Diabétique Sans sel Sans résidus

Requêtes particulières (allergies, régime végétarien, etc.) :

Nutrition entérale Préciser (ordonnance)..... Nutrition parentérale Préciser (ordonnance)

Allergies Oui Non Si oui, lesquelles ?

Hydratation Eau Eau gazeuse Eau gélifiée Par canard Par paille Stimulation boissons

Élimination

Urines Autonome Aide à l'installation sur les WC Autosondage (avec aide) Fréquence :

Sonde à demeure Incontinence Jour Nuit

Protection Jour Nuit

Selles Autonome Constipation Extraction Stomie Incontinence Jour Nuit

Autres matériels Urinal Bassin Chaise percée Penilex Jour Nuit

Langage <input type="checkbox"/> Parle <input type="checkbox"/> Troubles de l'élocution <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Pictogramme <input type="checkbox"/> Langue des signes	Comportement <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Déambulation et fugues <input type="checkbox"/> Addictions (préciser)	Douleurs / Points douloureux : siège et intensité	Troubles du sommeil : Préciser
---	--	---	--

Appareillage personnel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> Atelle <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Coquille <input type="checkbox"/> Canne / Béquilles <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Cadre ou déambulateur <input type="checkbox"/> Respirateur <input type="checkbox"/> PPC, VNI (apnée du sommeil)	Petit appareillage personnel <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Appareil Dentaire <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/> Inférieur <input type="checkbox"/> Bas de contention <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit	Matériel demandé <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Lit médicalisé électrique <input type="checkbox"/> Barrière de lit <input type="checkbox"/> Potence <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres à air <input type="checkbox"/> Lève-malade
---	--	---

Glycémie Capillaire <input type="checkbox"/> Fréquence <input type="checkbox"/> Free Style ? <input type="checkbox"/> Protocole <input type="checkbox"/> Ordonnance	Injections <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Autres TTT <input type="checkbox"/> PicLine <input type="checkbox"/> Pompe morphine	Pansements : Protocole de soins Localisation : Fréquence : Escarres <input type="checkbox"/> Soins préventifs <input type="checkbox"/> Soins curatifs Merci de joindre un protocole pour les pansements	Aérosol - en AIR - en O2 - fréquence - ordonnance	Stomies <input type="checkbox"/> Trachéostomie <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Urinaire
--	--	--	---	---

Dialyse Au centre de dialyse : jour..... Fistule AV Dialyse péritonéale

Oxygène - Taux saturation O2 de base
 Jour Nuit Durée : Heures / jour Débit : litres / minutes

Kinésithérapie à poursuivre à Lourdes (ordonnance obligatoire)

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données renseignées et autorise la Fédération Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit pèlerinage. Cette autorisation est accordée à la signature du présent dossier et pour une période pouvant aller jusqu'à quinze jours à compter du dernier jour de pèlerinage annuel. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur mes données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à la Fédération Pèlerinage du Rosaire (adresse postale ci-dessous, ou à l'adresse électronique cil.rosaire@gmail.com). Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Date

Signature du pèlerin ou de son représentant légal

Nom et téléphone du référent hospitalier.....

<p>A transmettre au médecin régional, nommément, sous pli fermé :</p> <p>Dr Sylvie MAS ASSOCIATION DU ROSAIRE 222 rue du Faubourg Saint-Honoré 75008 Paris</p>	<h1>DOSSIER MÉDICAL DE LIAISON 2022</h1>
<p>Nom Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p>	<p>Poids : _____</p> <p>Taille : _____</p> <p>GIR: _____</p>

<p>Affections principales</p>	<p>Antécédents médicaux notables</p>										
<p>Autres informations significatives - Risques infectieux : BMR? BLSE - Allergies, intolérances</p>	<p>Etat clinique</p> <p><input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Evolutif</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">TA (S/D)</td> <td style="width: 25%;">Pouls</td> <td style="width: 25%;">Sat O2</td> <td style="width: 25%;">Créatinémie / Clairance</td> </tr> </table>	TA (S/D)	Pouls	Sat O2	Créatinémie / Clairance						
	TA (S/D)	Pouls	Sat O2	Créatinémie / Clairance							
<p>Dispositifs médicaux O2 : débit, fréquence VNI Pacemaker Defibrilateur Antécédents COVID : date Vaccination COVID : date dernière injection</p>	<p><input type="checkbox"/> Diabète insulino-dépendant/requérant <input type="checkbox"/> Epilepsie Stabilisée par traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Surveillance biologique à faire en cours de pèlerinage</p> <p><input type="checkbox"/> Dialyse (au centre de dialyse) <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale</p> <p>Jours de dialyse :</p>										
<p>Communication</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire <input type="checkbox"/> Troubles de l'élocution <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Connaît la langue des signes (LSF) <input type="checkbox"/> Cécité / Malvoyance</p>	<p>Troubles psycho-comportementaux</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Apathie</td> <td><input type="checkbox"/> Déambulation et fugue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> État dépressif</td> <td><input type="checkbox"/> Délire et hallucinations</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anxiété</td> <td><input type="checkbox"/> Agressivité</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Irritabilité</td> <td><input type="checkbox"/> Troubles du sommeil</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agitation</td> <td><input type="checkbox"/> Troubles cognitifs, MMS</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Apathie	<input type="checkbox"/> Déambulation et fugue	<input type="checkbox"/> État dépressif	<input type="checkbox"/> Délire et hallucinations	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Agressivité	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs, MMS
<input type="checkbox"/> Apathie	<input type="checkbox"/> Déambulation et fugue										
<input type="checkbox"/> État dépressif	<input type="checkbox"/> Délire et hallucinations										
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Agressivité										
<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil										
<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs, MMS										
<p>Autonomie : CF feuille de soins (feuille rose)</p>											
<p>Précautions à prendre, soins ou surveillance particulière à prévoir (compléter au verso si nécessaire)</p> <p>Directives anticipées connues : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Personne de confiance du malade</p> <p>Nom : _____ Téléphone : _____</p> <p>Lien de parenté _____</p>										

Joindre IMPÉRATIVEMENT la dernière ordonnance datant de moins d'1 MOIS.

Si soins de kiné : ordonnance OBLIGATOIRE.

Joindre, éventuellement, un compte-rendu d'hospitalisation récent.

Médecin ayant rempli le formulaire : _____
Téléphone : _____
Date de l'examen : _____

Cachet

J'autorise la Fédération Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit pèlerinage. Cette autorisation est accordée à la signature du présent dossier et pour une période pouvant aller jusqu'à quinze jours à compter du dernier jour de pèlerinage annuel. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur mes données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à la Fédération Pèlerinage du Rosaire (adresse postale ci-dessous, ou à l'adresse électronique cil.rosaire@gmail.com). Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Date

Signature du pèlerin ou de son représentant légal

DOSSIER MÉDICAL DE LIAISON 2022

Ordonnance

Date de prescription :

Médicament	Matin	Midi	Soir	Nuit

AUTORISATION DE SOINS 2022

Nom Prénom :

Nom du Responsable Légal (Parents / Tuteur / Curateur)

Adresse :

Téléphone : Adresse électronique :

Autorisation de soins, pour les pèlerins mineurs (et majeurs sous tutelle) pris en charge par l'Hospitalité du Rosaire

Je soussigné(e), responsable légal du pèlerin identifié ci-dessus, autorise les responsables de l'Hospitalité du Rosaire⁽¹⁾ à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par son état de santé, et ce, pendant toute la durée du Pèlerinage du Rosaire 2022.

Fait à, le / / 2022

Signature

(1) Les responsables concernés sont : (i) pendant le temps du voyage vers Lourdes et au retour de Lourdes, jusqu'à la prise en charge dans le Service National : le/la responsable régional(e) des Pèlerins en Accueil et le responsable régional des médecins ; (ii) pendant le temps du séjour à Lourdes : l'hospitalière responsable du Service National concerné et le médecin responsable de ce Service.