**Une image contenant texte, clipart

Description générée automatiquementDiocèse d’Évreux**

**Service Diocésain des Pèlerinages**

Centre Diocésain Saint Jean

11bis rue Jean Bart

CS 40165

27001 Évreux Cedex

|  |
| --- |
| A l’attention du médecin traitant |
| Évreux, le 27/03/2023 |
|  |

|  |
| --- |
| A l’attention du médecin traitant |
| Évreux, le 27/03/2023 |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Cher confrère,

Votre patient souhaite se rendre à Lourdes avec le groupe des personnes malades et handicapées. Il sera pris en charge par les membres de l’Hospitalité Notre Dame d’Évreux dans le cadre du pèlerinage diocésain.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous fournir les renseignements demandés dans le **volet 3 de ce dossier**, les autres pages pouvant être complétées par le patient, son entourage et/ou les soignants qui le connaissent bien. Ces informations nous permettront d’assurer dans les meilleures conditions le suivi médical nécessaire au cours du pèlerinage.

Nous vous remercions vivement de votre collaboration et vous prions de croire, cher confrère, en nos sentiments confraternel.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Pour l’équipe médicale**  **Docteur Sylvie POTENTIER**  **2 rue de l’île**  **27400 LOUVIERS**  **06 77 86 55 72**  **fam.potentier@orange.fr** | **Docteur Christophe LEVESQUE**  2 grande rue  27820 CHENNEBRUN  02 32 60 21 28  levesque.christophe435@orange.fr |

**Une image contenant texte, clipart

Description générée automatiquementDiocèse d’Évreux**

**Service Diocésain des Pèlerinages**

Centre Diocésain Saint Jean

11bis rue Jean Bart

CS 40165

27001 Évreux Cedex

Le règlement Général sur la Protection des Données Personnelles impose que votre consentement soit exprimé de manière explicite : vous devons considérer qu’une absence d’accord équivaut à un refus. C’est pourquoi nous vous demandons de compléter soigneusement les informations ci-après et de cocher les cases qui correspondent à ce à quoi vous consentez.

**Autorisation donnée au médecin traitant pour communiquer des données de santé à un professionnel de santé de l’Hospitalité**

*A compléter et signer par la personne qui s’est inscrite ou son représentant légal.*

Le dossier médical ci-joint permet de recueillir des informations sur votre état de santé. Il doit être renseigné par votre médecin traitant. Une fois transmises aux professionnels de santé de l’Hospitalité Notre Dame d'Évreux, vos données de santé, ainsi collectées, font l’objet de traitements selon les conditions suivantes :

L’Association diocésaine d'Évreux est responsable du traitement et Normandie DPO (dpo@normandiedpo.fr) est son délégué à la protection des données. Ce traitement est nécessaire pour votre prise en charge médicale lors de votre participation au pèlerinage à Lourdes. Il est fondé juridiquement sur l’article 9.3 du règlement général sur la protection des données à caractère personnel. Seuls les professionnels de santé en lien avec l’organisation du pèlerinage ont accès à vos données de santé. Vos données sont uniquement partagées à partir du formulaire papier ci-joint.

Pour préserver la sécurité de vos données de santé, notamment les restrictions d’accès, les dossiers médicaux sont conservés exclusivement au domicile du médecin responsable du pèlerinage et votre dossier médical sera détruit à l’issue du pèlerinage.

Vous disposez du droit de demander au responsable de traitement l’accès à vos données de santé, leur rectification, l’effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement autorisant les professionnels de santé de l’Hospitalité à accéder à vos données de santé transmises par votre médecin traitant. Vous disposez également du droit de faire une réclamation auprès de la CNIL.

L’exigence de fourniture de vos données de santé conditionne votre participation au pèlerinage.

Je soussigné(e) : ${prenom} ${nom}

Autorise mon médecin traitant à partager mes données de santé avec les professionnels de santé de l’Hospitalité Notre Dame d'Évreux (en cas de refus nous ne pourrons accepter votre inscription).

Fait à le

Signature

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIOCESE D’ÉVREUX  Service Diocésain des pèlerinages  Centre Diocésain Saint Jean – CS 40165  27001 ÉVREUX CEDEX  tél : 06.08.99.67.54 / 02.32.62.19.87  pelerinages@evreux.catholique.fr |  | **Dossier n° : ${insc}** |
|  | **Nom : ${nom}** |
|  | **Prénom : ${prenom}** |

**PELERINAGE DIOCESAIN A LOURDES**

**du** **mercredi 16 au mardi 22 août 2023**

**VOLET 1 dossier personnel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne inscrite | ${civilite} ${prenom} ${nom} | |
| Adresse | ${adresse} | |
| Téléphone (fixe / mobile) | ${telephone} / ${mobile} | |
| Courriel | ${courriel} | |
| Date de naissance | ${naissance} | âge : ${age} ans |

Hospitalier(e) référent responsable de l’inscription :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone : Courriel (obligatoire) :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom et prénom :

Téléphone (fixe et/ou portable) :

Coordonnées de la personne qui vous accompagnera le jour du départ :

Nom et prénom :

Téléphone (fixe et/ou portable) :

Coordonnées de la personne qui viendra vous chercher le jour du retour :

Nom et prénom :

Téléphone (fixe et/ou portable) :

Une personne de votre entourage vous accompagnera-t-elle à Lourdes ? ❑ Oui ❑ Non

Nom et prénom :

Son lien avec vous : Tél portable :

Où sera t’elle hébergée à Lourdes : ❑ Accueil Saint-Frai avec vous ❑ en hôtel :

Etes-vous sous Tutelle ? ❑ Oui ❑ Non

**Si oui**, coordonnées précises de la Tutelle :

Etes-vous hébergé(e) en foyer ou en maison de retraite (EHPAD, RPA…) ? ❑ Oui ❑ Non

**Si oui**, coordonnées précises de l’établissement :

Personne ayant renseigné ce document :

Nom et prénom : téléphone :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIOCESE D’ÉVREUX  Service Diocésain des pèlerinages  Centre Diocésain Saint Jean – CS 40165  27001 ÉVREUX CEDEX  tél : 06.08.99.67.54 / 02.32.62.19.87  pelerinages@evreux.catholique.fr |  | **Dossier n° : ${insc}** |
|  | **Nom : ${nom}** |
|  | **Prénom : ${prenom}** |

**VOLET 2 dossier INFIRMIER**

*A compléter minutieusement par la personne ayant la charge des soins (Infirmière, Aide-soignante, Auxiliaire de vie)  
avec l’aide de l’entourage familial ou de l’hospitalier référent*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ Femme ❑ Homme | poids : kg | taille : cm |

***Pour le voyage en autocar***

Pouvez-vous monter seul(e) les marches pour monter dans l’autocar ? ❑ Oui ❑ Non

Devez-vous impérativement voyager en position allongée ? ❑ Oui ❑ Non

***soins spécifiques***

**Oxygénothérapie :** ❑ Oui ❑ Non

Si Oui, durée par 24 heures : et débit (litres/min) Prestataire :

**Syndrome d’apnée du sommeil appareillé :** ❑ Oui ❑ Non

**Insulinothérapie :** ❑ Oui ❑ Non

Si Oui, nombre d’injections par jour : autonome pour les injections d’Insuline : ❑ Oui ❑ Non

**Escarres :** Oui ❑ Non ❑ **Ulcères**: ❑ Oui ❑ Non

Si Oui, merci de préciser et donner localisation, stade, rythme et protocole de pansements :

**Incontinence urinaire** : ❑ Oui ❑ Non Si Oui : Pénilex : ❑ Oui ❑ Non

Sonde urinaire : ❑ Oui ❑ Non

Protection et/ou change : ❑ Oui ❑ Non

**Incontinence fécale :** ❑ Oui ❑ Non

**Appareillage complémentaire éventuel**:

Etes-vous porteur d’une **prothèse de membre**: ❑ Oui ❑ Non

Si Oui ❑ membre supérieur ❑ Droit ❑ Gauche

❑ membre inférieur ❑ Droit ❑ Gauche

Si Non ❑ amputation membre supérieur ❑ Droit ❑ Gauche

❑ amputation membre inférieur ❑ Droit ❑ Gauche

**Problème de vue :** ❑ Oui ❑ Non si Oui, lequel :

**Problème d’audition :** ❑ Oui ❑ Non si Oui, lequel :

**Autres soins ou renseignements nécessaires pour la prise en charge des soins :**

Risque de fugue : ❑ Oui ❑ Non

***autonomie***

Marche et autonomie pour les déplacements :

Je peux me déplacer seul (avec ou sans canne, déambulateur, …, mais seul) ❑ Oui ❑ Non

Je me déplace avec l’aide d’un accompagnateur ❑ Oui ❑ Non

J’ai besoin d’un moyen de locomotion pour me déplacer (chaise, fauteuil) ❑ Oui ❑ Non

Je peux me déplacer sur une petite distance ❑ Oui ❑ Non

Je peux me déplacer sur plus d’un kilomètre sans accompagnateur ❑ Oui ❑ Non

**GIR** (degré de dépendance, si connu) : 1 (lourd) 2 3 4 5 6 (léger)

**Gère SEUL(E) son traitement médicamenteux** : ❑ Oui ❑ Non

**Autonome pour les soins d’hygiène** ❑ Oui ❑ Non

Si Non : ❑ AIDE TOTALE ❑ AIDE PARTIELLE ❑ HAUT ❑ BAS

**Autonome pour l’habillage**: ❑ Oui ❑ Non

Si Non : ❑ AIDE TOTALE ❑ AIDE PARTIELLE ❑ HAUT ❑ BAS

**Mange SEUL(E) les repas qui sont servis**: ❑ Oui ❑ Non

Si Non : ❑ AIDE TOTALE ❑ AIDE PARTIELLE

**Doit-on aider pour couper les aliments ?** ❑ Oui ❑ Non

**Trouble de la déglutition**: ❑ Oui ❑ Non

Si Oui : ❑ Au liquide ❑ Au solide

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Régime :** | Normal ❑ Oui  ❑ Non | Haché ❑ Oui  ❑ Non | Mixé ❑ Oui  ❑ Non | Normal mais viande hachée ❑ Oui  ❑ Non |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Diabétique ❑ Oui  ❑ Non | Hypocalorique ❑ Oui  ❑ Non | Sans sel ❑ Oui  ❑ Non |  |

**Nutrition entérale :** ❑ Oui ❑ Non si Oui, nombre de poches/jour :

***matériel nécessaire***

Utilisez-vous habituellement :

un fauteuil roulant : ❑ Oui ❑ Non si Oui, ❒ simple ❒ aménagé

(veuillez préciser)

devez-vous l’emporter **impérativement** à Lourdes**°**? ❑ Oui ❑ Non

***(L’Hospitalité peut mettre un fauteuil roulant à votre disposition pendant tout le pèlerinage.)***

un lève-personne ❑ Oui ❑ Non

des barres de protection la nuit pour votre lit : ❑ Oui ❑ Non

une potence : ❑ Oui ❑ Non

un matelas anti-escarres : ❑ Oui ❑ Non si Oui : ❒ à air ❒ simple, gaufré

Emporterez-vous à Lourdes un appareillage spécial vous appartenant :

Cannes ❑ Oui ❑ Non Coussin anti-escarres ❑ Oui ❑ Non

Déambulateur ❑ Oui ❑ Non Harnais ❑ Oui ❑ Non

Matelas ❑ Oui ❑ Non Autres (précisez) :

A Lourdes, pour les déplacements :

❒ Je devrai être véhiculé(e) dans la journée **en position allongée**

❒ Je me déplacerai dans **mon fauteuil roulant**

❒ Je me déplacerai dans **un fauteuil roulant mis à ma disposition sur place**

❒ Je prendrai **une « voiture bleue »** de l’Hospitalité

❒ Je peux me rendre aux cérémonies **en marchant**

Connaissez-vous des personnes malades ou hospitaliers qui seront à Lourdes cette année ? ❑ Oui ❑ Non

Si Oui, lesquels :

Personne ayant renseigné ce document :

Nom et prénom : Téléphone :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIOCESE D’ÉVREUX  Service Diocésain des pèlerinages  Centre Diocésain Saint Jean – CS 40165  27001 ÉVREUX CEDEX  tél : 06.08.99.67.54 / 02.32.62.19.87  pelerinages@evreux.catholique.fr |  | **Dossier n° : ${insc}** |
|  | **Nom : ${nom}** |
|  | **Prénom : ${prenom}** |

**VOLET 3 dossier MÉDICAL**

*A remplir par le médecin traitant*

**Diagnostic de la pathologie actuelle :**

**Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

**Pronostic** (incidents ou complications à prévoir) :

**Traitement actuel** (nom des médicaments et posologies, photocopie de la dernière ordonnance)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Médicaments | Matin | Midi | Soir | Coucher |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Allergies ou autres intolérances connues** :

❑ **Nutrition entérale**

Si Oui, nombre de poches/jour : et débit (litres / heure)

❑ **Régime**

Lequel :

❑ **Oxygénothérapie :**

Si Oui, durée par 24 heures : et débit (litres / heure)

Prestataire :

❑ **Syndrome d’apnée du sommeil appareillé**

❑ **Dialyse**

❑ **Diabète Insulino dépendant**

**Etat psychologique et communication verbale :**

**Eventuels troubles du comportement :**

Risque de fugue : ❑ Oui ❑ Non

Désorientation temporo-spatiale possible : ❑ Oui ❑ Non

Détérioration : ❑ Légère ❑ Moyenne ❑ Sévère

**Vaccination contre la Covid-19 ? Quel vaccin ? Joindre la copie du certificat de vaccination :**

Date : Signature, tampon et téléphone du médecin