



ARCHEVÊCHÉ MALINES-BRUXELLES SERVICE PÈLERINAGE DIOCÉSAIN

*Veillez compléter les pages 3 à 6
et les renvoyer **avant le 20 juin**
au service médical M.B.*

Service Médical MB
Mme Delvaux Brigitte
Av. de Selliers de Moranville, 102
1082 Bruxelles

Des questions ? Tel : 0476 85 19 97 (répondeur)
Tel. : 015 29 26 11

Cher Pèlerin,

Vous avez décidé de nous accompagner à Lourdes, et nous vous en remercions.

Si, durant le pèlerinage, vous avez besoin de soins, d'un suivi médical, ou si vous avez besoin d'une assistance autre, et que vous désirez loger à l'Accueil, remplissez soigneusement (ou faites remplir) le **dossier de soins et le dossier médical** ci-joints, et renvoyez-les à l'adresse ci-dessus pour le 20 juin au plus tard.

*Il est recommandé de transmettre, ultérieurement, **toute modification importante** relative à un changement de traitement, une nouvelle pathologie ou une intervention.*

Les parents ou responsables d'enfants mineurs, sont priés de joindre une attestation de décharge parentale, autorisant le médecin à prendre les décisions nécessaires en cas de modification de l'état de santé de l'enfant.

*Si vous avez un traitement de dialyse, vous êtes prié de prendre contact **au plus tôt** avec le secrétariat.*

Si vous accompagnez quelqu'un et que vous n'avez pas besoin de soins, ce document ne vous est pas destiné.

Vous trouverez ci-dessous les informations générales :

Voyage

de jour en TGV, d'une durée approximative de 9 heures

- **Places assises** uniquement.
- Votre prise en charge par l'Hospitalité du pèlerinage n'est assurée qu'à partir de **Koekelberg ou de Tourcoing** et ce jusqu'au retour.
- **Des boissons** seront en vente dans le train. (Eau, Coca, Fanta, Sprite, ...)
- Pour le voyage **aller**, chacun emportera son **pique-nique** pour le repas de **midi**.
- Pour le voyage de **retour**, le pique-nique sera fourni par le pèlerinage.

Les espaces de rangement étant réduits dans le train, il est demandé de **ne pas** emporter de grandes valises.

Prévoir **une valise** et **un sac à main** dans lequel se trouve la **médication du jour** et si nécessaire **quelques protections**.

Déplacements à Lourdes

Les pèlerins de l'Accueil sont conduits aux activités à l'aide de voiturettes prévues à cet effet.

N'emportez votre fauteuil roulant que s'il est spécialement adapté à votre handicap.

Logement

A l'Accueil Notre-Dame en **chambre à 6, 3 ou 2 lits**.

Une chambre à 2 lits sera attribuée, dans la mesure du possible et selon les disponibilités aux conjoints ou personnes accompagnantes.

Une chambre privée ne sera attribuée par le médecin que pour raison médicale.

Le service médical

Le service médical se charge des soins généraux et médicaux durant le trajet et le séjour à Lourdes.

Il se réserve le droit de refuser une inscription, s'il juge ne pas être en mesure d'encadrer correctement un malade pendant le pèlerinage.

*Pour ce faire et afin d'agir le plus efficacement possible, il doit être en possession de **tous les documents requis et dûment remplis**.*

Les soins médicaux ne peuvent être organisés à l'hôtel, les pèlerins nécessitant des soins ou un suivi sont invités à séjourner à l'Accueil Notre-Dame.

Durant le pèlerinage

Veillez-vous munir de :

- La **carte européenne d'assurance maladie (CEAM)**. La CEAM remplace l'ancien formulaire E111. Selon les tarifs en vigueur dans le pays dans lequel vous vous trouvez, le coût de vos soins médicaux y sera complètement ou partiellement remboursé sur simple présentation de votre carte. Vous serez ainsi assimilé à un patient dudit pays. **Attention** : dans certains pays, la non-présentation de la CEAM peut entraîner d'office l'application d'un tarif privé, plus élevé et qui ne vous sera pas remboursé en Belgique. La carte SIS, indispensable à toute transaction médicale en Belgique, ne vous est d'aucune utilité à l'étranger.
- Vos médicaments et le matériel de soins nécessaire **pour une durée de 10 jours** En cas d'oubli, un forfait par jour sera demandé sur place en fonction de la nécessité. (Glucomètre, protections, etc.)
- Si nécessaire : le dernier résultat de votre **INR**

Au plaisir, de voyager et de vivre ce pèlerinage avec vous, dans les meilleures conditions possibles,

Au nom de la direction et de l'hospitalité.

Veillez conserver les pages 1 et 2, merci



HOSPITALITÉ Malines-Bruxelles
Pèlerinage diocésain à LOURDES

attention
secret médical

DOSSIER MÉDICAL

À envoyer, sous enveloppe affranchie à
Mme Delvaux Brigitte, av. de Selliers de Moranville 102 à 1082 Bruxelles
!!! Avant le 20 juin !!!

Photo

A REMPLIR PAR LE PATIENT

M Mme Mlle **NOM** (de jeune fille) :
Sœur Abbé **Prénom** :
Né(e)le :
Institution (nom du home, Résidence) :
rue/av./bd. : CP : Localité :
Téléphone fixe : GSM :

S'agit-il de votre premier pèlerinage en tant que malade ? Oui Non
Si non : participe à son ... pèlerinage à Lourdes

Personne à prévenir en cas de nécessité :
Nom : Prénom :
Téléphone fixe : GSM :
Lien de parenté :

Personne/société qui prendra la personne en charge à l'aller et au retour :
En gare de Tourcoing A Koekelberg
Nom : Prénom :
Téléphone fixe : GSM :

Chère consœur, cher confrère,

Pour assurer le suivi de votre patient durant le séjour à Lourdes, il est indispensable que vous nous fournissiez les **renseignements médicaux essentiels et en particulier son traitement exact à ce jour** afin d'assurer son **suivi thérapeutique, ses conditions de transport et son hébergement**. Il en va de la sécurité de votre malade et de la responsabilité légale de tous ! Ce questionnaire est pour nous un instrument de travail indispensable ainsi que pour l'infirmière responsable de salle.

Mme Delvaux Brigitte, Présidente de l'Hospitalité MB

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Pathologie principale et anamnèse succincte :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Problème de santé à signaler :

Risque infectieux : HIV <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Risque de contagiosité : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Vaccination : Tétanos : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> date : Hépatite : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> date : PS si le dernier rappel de Tétanos date de plus de 10 ans, en faire un avant le départ	Allergie / intolérance : Médicaments : Autres :
---	--	--

Commentaires, surveillance médicale particulière à Lourdes : Une surveillance du INR est-elle souhaitée pendant le séjour ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> (joindre le dernier INR)	Paramètres vitaux : TA : Pouls : Gr sanguin : Rh :
--	---

Régime à suivre pendant le séjour		Mode de préparation des repas		Intolérance alimentaire
Normal	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	
Diabétique	<input type="checkbox"/>	Coupé	<input type="checkbox"/>	
Hépatique	<input type="checkbox"/>	Haché (type viande hachée)	<input type="checkbox"/>	
Sans sel	<input type="checkbox"/>	Mixé (type purée)	<input type="checkbox"/>	
Sans sel et sans sucre	<input type="checkbox"/>			
Autre (à préciser)				
Troubles de la déglutition OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> au liquide <input type="checkbox"/> au solide <input type="checkbox"/>				

Oxygénothérapie	... L/min de ... h ... à ... h ...	Aérosolthérapie	... x/jour
------------------------	------------------------------------	------------------------	------------

Médicaments	A Jeun	Matin			A 10h	Midi			A 16h	Soir			Au Coucher	Observations
		Avt.	Pdt.	Ap.		Avt.	Pdt.	Ap.		Avt.	Pdt.	Ap.		

Patient diabétique

Le patient est-il diabétique ? oui non

Faut-il suivre la glycémie ? oui ...x/jour non

!!! Le patient doit se munir de son matériel !!!

Schéma d'insulinothérapie

Type d'insuline	Matin			Midi			Soir		
	Avt.	Pdt.	Ap.	Avt.	Pdt.	Ap.	Avt.	Pdt.	Ap.
	... U	... U	...U	... U	... U	...U	... U	... U	...U
	... U	... U	...U	... U	... U	...U	... U	... U	...U

Patient épileptique

Le patient est-il sujet aux crises d'épilepsie ? oui non

Si oui : traitement de fond :

Traitement en cas de crise :

Evaluation générale de l'état du patient**Etat psychologique et communication verbale :**Sans problème communication non verbale à spécifier :**Eventuels troubles du comportement :**Risque de fugue : oui non Alcoolisme : oui non Toxicomanie : oui non

Remarque :

Orientation :Sans problème Désorientation dans le temps et/ou dans l'espace **Perception par le médecin traitant du handicap du patient et de son retentissement sur sa qualité de vie :**invalidité importante moyenne légère **Pronostic vital engagé :** oui non

Avec mes plus vifs remerciements pour le temps passé à remplir cette fiche qui permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient

Cachet du médecin

Nom du médecin :

Adresse :

Courriel :

N° de téléphone :

GSM :

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE PATIENT OU LA PERSONNE QUI ASSURE LA PRISE EN CHARGE QUOTIDIENNE

Nom et Prénom du patient :

Taille :

Poids :

Pendant le voyage :

Désire voyager en compagnie de :

Pendant le séjour :

Désire loger en compagnie de :

Préférez-vous voyager assis Couché

Autonomie du patient	Non	Oui	Indépendant	Aide partielle	Aide complète
Aide pour se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide pour s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide pour s'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrition parentérale (apporter le matériel nécessaire : pompe, tubulures, nutriments pour la durée du pèlerinage)					
Aide pour se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me déplace en*	chaise roulante mécanique <input type="checkbox"/>		en fauteuil électrique <input type="checkbox"/>		
J'utilise :	une canne <input type="checkbox"/>		un rollator <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>		
Aide aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protection de jour <input type="checkbox"/> Protection de nuit <input type="checkbox"/> Anus artificiel <input type="checkbox"/> Sonde vésicale <input type="checkbox"/> Cystocath <input type="checkbox"/> <i>Il est impératif que chacun emporte sa propre réserve de protections ou de matériel pour toute la durée du pèlerinage. Prévoir pour 10 jours !</i>					
Aide pour la préparation des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide au coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévoir un lit normal <input type="checkbox"/> lit médicalisé électrique <input type="checkbox"/> des barreaux <input type="checkbox"/> un perroquet <input type="checkbox"/> un lit enfant <input type="checkbox"/>					

* Merci de ne pas emporter votre voiturette personnelle (sauf si vous disposez d'une voiturette sur mesure)

Degré de dépendance du patient : 1(lourd) 2 3 4 5 6 (léger)

Soins infirmiers

Plaies (site) :

Pansements (type + fréquences + produits) :

Injections :

!!! Prévoir le nécessaire pour la durée du pèlerinage !!!

Prévention décubitus :

Coussin anti-escarre non oui (si oui, le prévoir et le marquer de votre nom)

Autres soins spécifiques (préciser) :

Divers

Kinésithérapie : oui non → Type de prise en charge :

Dialyse : oui non

En cas de survenue de complications et que le patient n'est pas en état de faire connaître sa volonté, il demande que la personne :

Nom et Prénom :

Adresse :

CP :

Localité :

Tel :

Gsm :

Lien de parenté :

soit appelée. Ceci évitera les conflits avec d'autres membres de la famille.

En cas de survenue de problème de santé ou accident pouvant entraîner éventuellement la mort, mon désir est que l'on ne pratique pas de réanimation ou de traitement injustifié. oui non

En cas de décès à Lourdes, mon corps est rapatrié en Belgique. Mais si je désire être enterré à Lourdes la personne suivante

Nom et Prénom :

Adresse :

CP :

Localité :

Tel :

Gsm :

est mandatée pour effectuer toutes les démarches nécessaires et assumer les frais.

Je soussigné(e) (Nom et prénom en majuscules)

✓ Ai pris connaissance des informations générales et de la procédure d'admission

✓ Désire accompagner, comme malade, le pèlerinage Malines-Bruxelles à Lourdes

Si ma demande est acceptée, je déclare confier les soins médicaux nécessaire à mon état de santé aux médecins du pèlerinage, pour la durée du voyage aller et retour et du séjour à Lourdes.

Fait à

Le :

201

Signature du patient

(Ou des parents ou du tuteur)

Veuillez joindre

- Une copie de la carte d'identité
- Une photo d'identité
- Une copie de la carte européenne d'assurance maladie