



DEMANDE D'INSCRIPTION AU PÈLERINAGE DU 12 AU 15 AVRIL 2025

Ce formulaire est à retourner avant le **21 mars 2025** à :

✉ malades@hospitalitesaintroch.fr

📍 Hospitalité St Roch, 22 avenue de la Marjolaine, 34110 FRONTIGNAN



M. Mme Mlle

NOM*

Prénom*

Téléphone de contact* Date de naissance* / /

E-mail de contact* @

Adresse*

CP* Ville*

Si vous souhaitez que le courrier d'acceptation soit envoyé à une autre adresse, veuillez l'indiquer ici :

Destinataire*

Adresse*

CP* Ville*

**PHOTO
OBLIGATOIRE**

*(Sauf si envoyée
l'année
précédente)*

La personne inscrite sera accompagnée (dans ce cas, remplir la fiche « Accompagnant » jointe).

Est-ce le premier pèlerinage de la personne inscrite*? Oui Ne sait pas Non

Personne à prévenir en cas d'urgence

NOM*	<input type="text"/>	Prénom*	<input type="text"/>
Téléphone*	<input type="text"/>	Lien avec le malade*	<input type="checkbox"/> Ne pas contacter de nuit

Religion

Quel(s) sacrement(s) avez-vous reçus ?*	<input type="checkbox"/> Baptême	<input type="checkbox"/> Confirmation	Êtes-vous pratiquant ?*
	<input type="checkbox"/> Eucharistie (1ere Com.)	<input type="checkbox"/> Sacrement des Malades	<input type="checkbox"/> Fréquent
			<input type="checkbox"/> Occasionnel
			<input type="checkbox"/> Non

Le Sacrement des Malades vous sera proposé sur place.

Transport

1. Le trajet en car dure environ 6 heures. Si votre état de santé le permet, il est recommandé, pour votre confort, de choisir une place en siège ordinaire et de placer, le cas échéant, votre fauteuil roulant **mécanique** dans la soute.

2. Un ascenseur est mis à disposition dans le car pour faciliter la montée et la descente si nécessaire.

Départ

Lieu* : Montpellier Gignac Béziers

Position* :

- Assis en place ordinaire
- Assis en fauteuil roulant mécanique
- Assis en fauteuil roulant électrique
- Allongé

Personne qui me déposera à l'aller :

NOM/Prénom Téléphone mobile

Personne qui me récupérera au retour (si différent de l'aller) :

NOM/Prénom Téléphone mobile

Mesure de protection

(Si le malade est sous protection juridique)

Tutelle Curatelle Habilitation familiale¹ Mandat de protection future¹ ¹Fournir un justificatif.

Je soussigné(e), _____, représentant légal du malade, autorise sa participation au pèlerinage à Lourdes du 12 au 15 avril 2025 conformément à la demande d'admission remplie, organisé par le Diocèse de Montpellier en collaboration avec l'Hospitalité Saint Roch.

Téléphone : _____ E-mail de contact* _____ @ _____
Cachet obligatoire de l'organisme le cas échéant _____ Signature

Précédée de la mention : « Lu et approuvé »

Habitudes de vie

LIEU DE VIE	Vit : * <input type="checkbox"/> En structure <input type="checkbox"/> À domicile
AIDE TECHNIQUE	Pour les déplacements quotidiens* : <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique
	Pour les soins* : <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Lit Douche <input type="checkbox"/> Lève personne <input type="checkbox"/> Verticalisateur
ENVIRONNEMENT	Lit* : <input type="checkbox"/> Médicalisé/classique <input type="checkbox"/> Électrique <input type="checkbox"/> Barrières <input type="checkbox"/> Potence
	Type de matelas* : <input type="checkbox"/> Mémoire de forme <input type="checkbox"/> Air
INCONTINENCE*	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui => <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale
AUTONOMIE	Pour la toilette* : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec Aide partielle (ex : aide pour le bas du corps) <input type="checkbox"/> Avec Aide complète
	Pour l'habillement* : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec Aide partielle <input type="checkbox"/> Avec Aide complète
REMARQUE SUPPLEMENTAIRE	

Alimentation

Fausse routes*	<input type="checkbox"/> Pas de risque <input type="checkbox"/> Liquides <input type="checkbox"/> Solides
Régime*	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sans sel <input type="checkbox"/> Sans fibres <input type="checkbox"/> Sans sucres
Texture*	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Petits morceaux <input type="checkbox"/> Viande mixée <input type="checkbox"/> Mixée
Hydratation*	<input type="checkbox"/> Eau plate <input type="checkbox"/> Paille <input type="checkbox"/> Eau gélifiée stricte
Autonomie*	<input type="checkbox"/> Autonome pour la prise alimentaire <input type="checkbox"/> Stimulation pour la prise alimentaire
	<input type="checkbox"/> Aide partielle pour la prise alimentaire <input type="checkbox"/> Aide totale pour la prise alimentaire
Dispositifs médicaux	<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire => <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas
	<input type="checkbox"/> Rebord d'assiette <input type="checkbox"/> Couverts ergonomiques
REMARQUE	

Merci d'indiquer les coordonnées de la personne qui a rempli la page 1 et 2 du formulaire d'inscription* :

Ces coordonnées permettent à la commission médicale de vous contacter pour des précisions ou informations complémentaires.

Hospitalier de Saint Roch* : Oui Non

NOM* _____ Prénom* _____

E-mail de contact* _____ @ _____

Mobile de contact* _____

DOSSIER MÉDICAL

⚠ À remplir par le Médecin Traitant, un professionnel de santé ou une personne proche du malade.

Le Dr Josiane GATEAU, médecin responsable et déléguée par le collège médical de l'Hospitalité St Roch, prie le médecin traitant, tout autre professionnel de santé ou aidant impliqué, de bien vouloir transmettre les informations médicales nécessaires concernant ce patient. Ces renseignements permettront d'assurer la mise en œuvre du protocole thérapeutique défini par le médecin traitant et de garantir une continuité optimale des soins ainsi qu'une surveillance adaptée pendant son séjour à Lourdes.

Pathologie principale* _____

Diagnostic(s) psychiatrique(s) éventuel(s)* _____

Autres pathologies* : _____

Antécédents* : _____

Allergie(s)* : _____

Intolérance(s)* : _____

GIR* <small>(Échelle pour les malades dépendants)</small>	Entourez le chiffre correspondant : <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; margin-top: 5px;"> → </div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;"><i>→</i> Lourd Léger</p>
Sérologie positive	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C
Poids (kg)	_____
Taille (cm)	_____
Risque de fugue*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Déficiences sensorielles ou de communication*	
Difficultés d'élocution*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aphasie*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Communication non verbale ou par des outils d'aide au langage*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Malentendant*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prothèses auditives*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Malvoyant*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Pansements*	
<i>Veillez indiquer les soins de pansements à effectuer pendant le séjour et joindre l'ordonnance :</i>	
Soins d'escarres* :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Soins paramédicaux*	
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers / Numéro du cabinet infirmier :	_____
<input type="checkbox"/> Soins de kinésithérapie / Précisez :	_____

Dispositifs médicaux										
Pénilex*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
Sonde urinaire*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
Stomie*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
PPC*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
Oxygénothérapie*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
Trachéotomie*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
Nutrition entérale	<input type="checkbox"/> Oui <i>Apporter : Pompe, tubulures, poches de nutriments pour la durée du séjour</i>									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Débit</th> <th colspan="2" style="background-color: #fff3cd;">Eau</th> <th colspan="2" style="background-color: #fff3cd;">Nutriments</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">JOUR</td> <td style="width: 25%;">L</td> <td style="width: 25%;">NUIT</td> <td style="width: 25%;">L</td> </tr> </table>	Débit	Eau		Nutriments		JOUR	L	NUIT	L
Débit	Eau		Nutriments							
	JOUR	L	NUIT	L						
Auto-sondage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
Autonome	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
Prestataire + Tél	_____									
Prestataire + Tél	_____									

Coordonnées du Médecin Traitant

NOM _____ Prénom _____

E-mail de contact _____ @ _____

Mobile de contact _____ Numéro RPPS _____

Traitements

Anti-coagulants*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Gestion du traitement à Lourdes*	<input type="checkbox"/> En autonomie, par le malade
Insuline*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Par l'accompagnant du malade
Morphine ou opioïdes*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Par les I.D.E.

PRESCRIPTION : Apporter la dernière ordonnance et le pilulier contenant les médicaments nécessaires pour toute la durée du pèlerinage.

Médicament(s) : <i>(Écrire en lettres capitales)</i>	POSOLOGIE			
	Matin	Midi	Soir	Coucher

Merci d'indiquer les coordonnées de la personne qui a rempli la page 3 et 4 du formulaire d'inscription* :

Ces coordonnées permettent à la commission médicale de vous contacter pour tout complément d'informations.

- Médecin Traitant
 Professionnel de santé
 Personne proche du patient
 Hospitalier de Saint Roch
Si vous êtes le médecin traitant, vous avez déjà rempli vos coordonnées. Ne le faites pas à nouveau, mais cochez la case !
Si vous avez aussi rempli la première partie, vous avez déjà rempli vos coordonnées. Ne le faites pas à nouveau !

NOM* Prénom*

E-mail de contact* @

Mobile de contact* Numéro RPPS

Je reconnais avoir été informé que le transport pour ce déplacement, à l'aller comme au retour, se fera en autocar, que je serai hébergé à l'Accueil Notre Dame, un établissement agréé pour accueillir des pèlerins malades, et que des professionnels de santé bénévoles m'accompagneront tout au long du pèlerinage, assurant le suivi de mon dossier médical. Je m'engage à régler les frais d'inscription au pèlerinage qui s'élèvent à 365 €. En cas de nécessité, une hospitalisation au centre hospitalier le plus proche pourra être envisagée. J'autorise l'Hospitalité Saint Roch et le Diocèse de Montpellier et ses éventuels prestataires à réaliser des prises de vue où je figure pour une parution publique. En cas de refus, je coche cette case : .

SIGNATURE du malade inscrit ou, en cas d'incapacité, de son représentant légal, accompagnée d'un cachet officiel *si applicable* :