

# Pèlerinage interdiocésain à Lourdes pour la Suisse Romande

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LES MALADES

*Nous vous prions (participants, membres de la famille, connaissances, soignants) de remplir ce formulaire complètement, même si vous avez déjà participé plusieurs fois à un pèlerinage à Lourdes. Vos données seront traitées de manière confidentielle.*

**ATTENTION ce document ne remplace pas le rapport médical qui est obligatoire. Merci de renvoyer ce formulaire de voyage et de séjour (couleur jaune) et le rapport médical pour le **14 mars 2025** au plus tard.**

*Si vous êtes accompagnant et logez avec le pèlerin malade ne remplir que les « Données personnelles »*

### Données personnelles

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance complète : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Caisse maladie et numéro de l'assuré :  
\_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

*ATTENTION : chaque pèlerin doit apporter avec lui sa carte d'assurance européenne (votre carte habituelle d'assurance maladie) ou une photocopie recto/verso.*

*Pour les accompagnants :*

*j'accompagne* \_\_\_\_\_

Personne(s) de référence \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### Car pour les malades : lieux de départ ci-dessous

- |                                  |                                |                              |   |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Eyholz     | <input type="radio"/> Susten   | <input type="radio"/> Sion   | <input type="radio"/> Martigny                                |
| <input type="radio"/> Fribourg   | <input type="radio"/> Lausanne | <input type="radio"/> Genève | <input type="radio"/> Autres <small>selon inscription</small> |
| <input type="radio"/> Porrentruy | <input type="radio"/> Delémont |                              |   |

**Chaque participant est responsable de son arrivée au lieu de départ du car ou à l'aéroport !**

Rapport de transmission

Soins corporels

- indépendant  complètement dépendant  
 aide partielle : (préciser votre besoin) \_\_\_\_\_  
 aide pour s'habiller :  oui ou  non (cocher ce qui convient)  
type d'aide : \_\_\_\_\_

Remarques :

---

**Mobilité**

- indépendant  
 aide pour se lever  aide pour se coucher  
 avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour vous déplacer :  oui ou  non  
(cocher ce qui convient)  
 moyens auxiliaires utilisés chez vous, à emporter à Lourdes :  
 verticalisateur  cannes  déambulateur  chaise roulante  autres  
*ATTENTION : Pour les chaises roulantes électriques, des règles particulières sont à respecter : contacter votre organisateur.*

Remarques :

---

**Alimentation :**

- Forme :  normale  hachée  mixée  
Menu normal  oui  
Régime :  diabète  spécial (voir remarques)  
 alimentation par sonde

Prise des repas :

- Manger :  indépendant  préparer  donner à manger  
Boire :  indépendant  préparer  donner à boire

Remarques (épaississant, services spéciaux)

---

**Elimination :**

- Urine :  continent  incontinence partielle  Incontinence  
Sonde urinaire :  Oui  Non type / dimension : \_\_\_\_\_  
Sonde sus pubienne :  Oui  Non  
Selles :  normale  colostomie précisions : \_\_\_\_\_  
 incontinence  
Tendance  constipation  diarrhée

Remarques :

---

*Nous vous prions de prendre suffisamment de matériel à usage unique ou de remplacement avec vous (protections contre l'incontinence, uriflacs, poches à colostomie etc.)*

**Allergie(s) :**

aucune       oui/ laquelle/lesquelles \_\_\_\_\_

**Respiration :**

Êtes-vous sous oxygène       oui       non

Si oui : litres / minute : \_\_\_\_\_

\*Êtes-vous équipé d'un appareil (CPAP – VNI...)       oui       non

Si oui : lequel : \_\_\_\_\_

**\*Veuillez le prendre avec vous.**

Remarques :

---

**Données complémentaires :**

Appareil auditif :       oui       non (Ne pas oublier les piles en suffisance)

Prothèse dentaire :       oui       non

Poids : \_\_\_\_\_

État de la peau :

---

Pansements/soins spécifiques :

---

---

**Particularités :**

---

## **ATTENTION :**

**Médicaments :** Vous devez impérativement prendre avec vous les médicaments nécessaires pour toute la durée du pèlerinage

(inscrire nom et prénom sur la boîte à médicament ou semainier).

### **Soins :**

Pour des prises en charge particulières, veuillez prendre avec vous un rapport de soins actualisé et suffisamment de matériel à pansement ou soins.

**Linge :** Merci de prendre avec vous vos linges de toilette

**Les informations pratiques** (horaires de départ et de retour, lieux de départ, médailles, etc...) **pour le pèlerinage vous parviendront environ 10 jours avant le départ, soit aux environs du 10 mai 2025.**

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

*Le formulaire est à signer par la personne qui l'a rempli.*