

HOSPITALITÉ SAINTE-BERNADETTE d'AUCH

PÈLERINAGE DES MALADES A LOURDES

du 21 au 24 août 2026

DOSSIER MÉDICAL

COORDONNÉES DE LA PERSONNE SOUHAITANT PARTICIPER AU PÈLERINAGE :

Nom et prénom :

Date de naissance : Numéro de téléphone :

Adresse :

CE QUESTIONNAIRE EST A FAIRE COMPLÉTER PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT. Une fois complété, veuillez l'envoyer au médecin référent du pèlerinage, **AVEC UNE COPIE DES ORDONNANCES EN COURS**. L'enveloppe ci-jointe en garantira la confidentialité. Elle est adressée au

Docteur Jacques LAGARDE
1 bis route de Toulouse 32600 l'isle-Jourdain

L'inscription au pèlerinage ne pourra se faire qu'après réception du dossier médical complété et signé par votre médecin traitant **avec une copie de vos ordonnances en cours**.

Au médecin traitant

Cher confrère,

Votre patient(e) souhaite participer au pèlerinage des malades à Lourdes, à moins que vous n'émettiez un avis défavorable à ce déplacement.

Pendant ce séjour de quatre jours, il/elle sera accompagné(e) par les bénévoles et les soignants de l'Hospitalité Sainte-Bernadette d'Auch.

Merci de compléter ce dossier médical qui permettra la continuité des soins, dans le respect du secret professionnel.

Cette année encore, la vaccination contre le COVID est très fortement recommandée pour les pèlerins, personnes fragiles, comme pour les hospitaliers accompagnateurs.

Ce document reste la propriété du patient. Sa détention répondra aux règles imposées par le secret médical.

Bien confraternellement,

Pour l'équipe médicale du pèlerinage,

*Dr Jacques LAGARDE
médecin référent de l'Hospitalité*

QUESTIONNAIRE MÉDICAL A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

PRINCIPAUX ANTECEDENTS :

PATHOLOGIES EN COURS :

Maladies transmissibles (HIV, hépatites, ...) :

Lésions cutanées/troubles trophiques :

Pace maker ? OUI NON

Pression artérielle habituelle :

Poids :kg

La vaccination antitétanique est-elle à jour ? OUI NON

La vaccination contre la COVID est-elle à jour ? OUI NON

(entourer les bonnes réponses)

ÉTAT PSYCHIQUE	CORRECT	HYPOCHONDRIE	DÉPRESSION
AGITATION	TROUBLES MNÉSQUES	TROUBLES de l'ORIENTATION	
DÉMENCE	FUGUES	AGRESSIVITÉ	Autre :

ÉTAT GÉNÉRAL	BON	MOYEN	MAUVAIS
---------------------	-----	-------	---------

Précisions éventuelles :

RÉGIME ALIMENTAIRE : Normal Sans sel Sans sucre Sans gluten

ALLERGIES OU INTOLÉRANCES MÉDICAMENTEUSES ÉVENTUELLES :

TRAITEMENTS EN COURS :

Joindre une copie des prescriptions en cours, y compris celle des autres spécialités ; à défaut, lister au dos de cette page.

HANDICAPS :

Incontinence urinaire : OUI NON

Incontinence fécale : OUI NON

Aptitude à voyager assis(e) en bus pendant environ 3 heures : OUI NON

Si NON, aptitude à voyager en « car-ambulance » : OUI NON

VOTRE AVIS SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU PÈLERINAGE DE 4 JOURS

Avis favorable

Avis défavorable

Date :/...../.....

Votre n° de téléphone :
(pour pouvoir vous joindre en cas de problème)

Votre adresse E mail :

.....@.....

Votre cachet professionnel (**obligatoire**)



Votre signature

*Merci pour votre coopération.
Confraternellement*

*L'équipe médicale de
l'Hospitalité*