



Quels que soient votre âge, votre maladie ou votre handicap, aller en pèlerinage à Lourdes c'est possible grâce à l'Hospitalité Diocésaine d'Orléans. Des bénévoles : « hospitaliers », « hospitalières », médecins et infirmières seront à votre service pendant le pèlerinage.

Le pèlerinage diocésain à Lourdes aura lieu du

## **lundi 29 juillet au dimanche 4 août 2024**

Le thème proposé par le Sanctuaire cette année est « ... **que l'on y vienne en procession** ». Programme indicatif : messe à la Grotte, processions mariale et eucharistique, geste de l'eau, messe internationale, onction des malades, temps de convivialité.

Le voyage se fera en car spécial depuis le théâtre d'Orléans.

Pour vous inscrire, nous vous demandons de bien vouloir remplir les pages recto-verso M2 et M3<sup>1</sup> et de faire remplir M4 (dossier médical confidentiel) par votre médecin ou infirmière et de renvoyer le dossier complet **avant le 31 mai 2024**<sup>2</sup> avec votre règlement à :

**HOSPITALITÉ DIOCÉSAINE D'ORLÉANS – Equipe médicale et paramédicale-  
Maison Saint Joseph - 6, rue Robert de Courtenay - 45000 ORLÉANS**

Pour tout renseignement ou si vous avez besoin d'aide pour remplir votre dossier d'inscription, vous pouvez contacter l'Hospitalité :

Permanence le samedi matin de 9h30 à 11h30

Téléphone : **02 38 84 06 36** (répondeur) - Email : [\*\*hdo45.servicemedical@gmail.com\*\*](mailto:hdo45.servicemedical@gmail.com)

### **Conditions d'hébergement pendant le pèlerinage :**

Vous serez logés à « l'Accueil Marie St Frai » : lieu adapté (ce n'est pas un hôpital) dans lequel vous prendrez également vos repas. Il n'y a pas de chambres individuelles mais des rideaux d'intimité entre chaque lit. Chaque chambre dispose d'une salle d'eau et de toilettes.

**Les soins prescrits par votre médecin** sont assurés par des infirmières sous la responsabilité des médecins du pèlerinage.

**La toilette** : des aides-soignantes ou des personnes formées sont présentes pour vous aider en préservant votre intimité.

**Les repas** : le menu tient compte de votre régime. Des personnes formées peuvent vous aider à manger.

### **Déplacements dans Lourdes :**

Par mesure de sécurité, vous serez en fauteuil, en voiture bleue ou sur brancard tiré par un(e) hospitalier(e).

<sup>1</sup> Joindre l'autorisation de votre tuteur si vous êtes concernés

<sup>2</sup> Après le 31 mai, nous étudierons votre demande en fonction des places disponibles



### **Prix du pèlerinage :**

Le montant de la participation financière, couvrant les frais d'inscription, de transport, d'assurance et de séjour à Lourdes est de 560 €. **Nous souhaitons que le coût du séjour ne soit pas un obstacle à votre venue. En cas de difficultés financières, nous étudierons attentivement votre dossier à partir des justificatifs fournis.** Par contre si vos possibilités vous le permettent, vous pouvez toujours faire un don pour aider un autre pèlerin.

### **Conditions de règlement :**

**Le règlement ne sera encaissé qu'après acceptation de votre dossier.**

Vous pouvez régler votre pèlerinage :

**Par chèque bancaire : à l'ordre de « Hospitalité Diocésaine d'Orléans ».** En cas de paiement en plusieurs fois (uniquement par chèque jusqu'à 5 fois). faites-nous tous **vos chèques datés du jour où vous les rédigez** en précisant au dos **le mois d'encaissement** (au plus tard jusqu'à fin octobre 2024). Les chèques seront encaissés aux environs du 15 du mois demandé.

**Par chèque vacances** (avant le pèlerinage, date de validité décembre 2024 au plus tôt).

**Par virement : précisez dans votre ordre de virement vos nom et prénom :**

RIB : 10278 37455 00010295403 13

IBAN : FR76 1027 8374 5500 0102 9540 313

BIC : CMCIFR2A

### **Conditions de voyage :**

**L'HDO n'organise pas le transport entre votre domicile et le théâtre d'Orléans.** Le voyage aller et retour en car se fera assis soit dans le siège du car soit dans votre propre fauteuil, sur avis de l'équipe médicale. Le voyage aller devrait durer entre 8 et 10 heures avec un temps d'arrêt pour le déjeuner. Vous pouvez prévoir de la lecture ou des jeux. Une animation spirituelle et des temps de repos sont aussi programmés pendant le trajet. Le voyage retour aura lieu de nuit dans les mêmes cars.

### **Inscription d'un proche en tant que pèlerin accompagnateur :**

Conjoint, enfant ou ami, sont les bienvenus. Ils seront hébergés comme vous à l'Accueil Marie St Frai et soumis aux mêmes règles que vous. Ils devront remplir un dossier M et s'engager à rester disponible pour vous pendant le pèlerinage. Ils pourront, en accord avec le responsable de chambre, disposer de temps libre compatible avec le programme.

### **Acceptation de votre dossier :**

Elle ne peut se faire que si votre dossier est **complet** (partie médicale). Après examen par l'équipe médicale, vous recevrez une lettre d'acceptation ou de refus vers mi-juin. Bien que formée, l'Hospitalité n'est pas en capacité d'assurer l'accompagnement de pèlerins atteints de troubles cognitifs importants.

### **Annulation :**

Signalez toute annulation le plus rapidement possible au 02 38 84 06 36 (en laissant bien votre nom et vos coordonnées sur le répondeur), par mail [hdo45.servicemedical@gmail.com](mailto:hdo45.servicemedical@gmail.com) ou par courrier Hospitalité Diocésaine d'Orléans - Maison Saint Joseph, 6, rue Robert de Courtenay - 45000 Orléans) pour laisser votre place à une autre personne.

### **Objets de valeur :**

L'Hospitalité ne peut être tenue responsable des objets de valeur ou de l'argent en votre possession.

**Conditions générales :** Par la signature de votre dossier d'inscription, vous acceptez les conditions d'organisation du pèlerinage et le règlement intérieur de l'Accueil Marie St Frai.

Photo récente

OBLIGATOIRE

pour les  
nouveaux

M 2



**PÈLERINAGE A LOURDES du 29 JUILLET au 4 AOÛT 2024**  
**DEMANDE D'INSCRIPTION À L'HOSPITALITÉ DIOCÉSAINE D'ORLÉANS**

NOM : ..... Prénom : .....

Complément adresse (établissement, étage, appt. etc.) :  
.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

Adresse email : .....

Etes-vous déjà venu à Lourdes avec l'Hospitalité ?  OUI  NON

Connaissez-vous un membre de l'Hospitalité ?  OUI. Si oui lequel ?.....  NON

**Coordonnées de la personne à contacter pendant le pèlerinage en cas de nécessité :**

NOM et prénom : ..... Parent  Tuteur/Educateur

Tél fixe : ..... Tél portable : ..... Courriel : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**Personne ou organisme qui vous accompagnera au départ et viendra vous chercher au retour :**

Taxi  Organisme  Bus/Tram  Proche

Téléphone et nom du prestataire ou du proche : .....

Si vous avez un DMP autorisez-vous les médecins à le consulter ?  OUI  NON

**Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données renseignées dans les documents M2 et M3.  
J'autorise l'équipe médicale de l'Hospitalité Diocésaine d'Orléans à prendre toutes mesures en rapport  
avec mon état de santé.**

Fait à ..... le..... Signature :

**DROIT À L'IMAGE**

**DROIT À L'IMAGE ET PRISE EN CHARGE**

**Pour les personnes sous tutelle**

Je soussigné(e) M/Mme.....  
.....

Adresse :  
.....  
.....

Téléphone : .....

agissant en qualité de .....

autorise l'Hospitalité à utiliser l'image dans le cadre  
des activités (voir au verso) :  OUI  NON

autorise la participation au pèlerinage à Lourdes et  
accepte la prise en charge de :

NOM .....Prénom.....

Fait à ..... le.....

Signature :

**DROIT À L'IMAGE**

**(sauf pour les personnes sous tutelle)**

Je soussigné(e) M/Mme .....  
.....  
.....

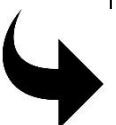
Adresse :  
.....  
.....

Téléphone : .....

Autorise l'Hospitalité à utiliser mon image dans  
le cadre des activités (voir au verso) :

OUI  NON

Signature :



## **Droit à l'image :**

L'HDO utilise et diffuse à titre gratuit des vidéos et photographies sur lesquelles vous êtes susceptible d'être représenté lors du pèlerinage à Lourdes et des autres activités organisées par l'Hospitalité, et les exploite sur tous supports en partie ou en totalité dans le but de promouvoir l'Hospitalité Diocésaine d'Orléans.

Cette exploitation pourra avoir lieu par tous moyens, actuels ou à venir, de représentations et de reproductions, notamment :

- Publication de photo dans une revue, ouvrage ou journal
- Projection de film ou de diaporama au public lors de réunions d'informations
- Production de CD/DVD ou autres supports
- Diffusion sur le site web du Diocèse d'Orléans

La diffusion/publication des photos sera soumise à validation du bureau de l'Hospitalité.

## **Gestion des données personnelles :**

Je reconnais que ma démarche est volontaire et personnelle.

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données renseignées.

J'autorise l'Hospitalité Diocésaine d'Orléans à collecter et à traiter ces données pour la bonne organisation du pèlerinage et la qualité de ma prise en charge.

Les informations recueillies, y compris les informations médicales confidentielles, font l'objet d'un traitement informatique.

Les informations médicales sont réservées à l'équipe soignante (médecins, infirmières) et utilisées dans un délai limité.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur mes données, sous réserve de l'envoi d'une demande écrite adressée à l'Hospitalité Diocésaine d'Orléans.

***CF : règlementations relatives à la CNIL et au RGPD – mai 2018***

## **Signature**

---

**Réservé au secrétariat de l'HDO**

N° d'inscription : M.....

Montant versé : .....  Virement  Chèques vacances  Chèque  Espèces



**Attention, vous devez emporter le nombre de protections et alèses nécessaires pour toute la durée du pèlerinage. Si l'Hospitalité doit vous en fournir, elles vous seront facturées.**

**Appareillage complémentaire éventuel, à apporter avec vous pour le pèlerinage :**

- |                      |                                  |                                       |                                       |
|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Oxygène médical      | <input type="checkbox"/> la nuit | <input type="checkbox"/> en continu   | <input type="checkbox"/> non concerné |
| VNI                  | <input type="checkbox"/> simple  | <input type="checkbox"/> sous oxygène | <input type="checkbox"/> non concerné |
| Sonde urinaire       | <input type="checkbox"/> oui     | <input type="checkbox"/> non          |                                       |
| Stomie digestive     | <input type="checkbox"/> oui     | <input type="checkbox"/> non          |                                       |
| Lunettes             | <input type="checkbox"/> oui     | <input type="checkbox"/> non          |                                       |
| Lentilles            | <input type="checkbox"/> oui     | <input type="checkbox"/> non          |                                       |
| Prothèses dentaires  | <input type="checkbox"/> oui     | <input type="checkbox"/> non          |                                       |
| Prothèses auditives  | <input type="checkbox"/> droite  | <input type="checkbox"/> gauche       | <input type="checkbox"/> non concerné |
| Pénilex <sup>®</sup> | <input type="checkbox"/> oui     | <input type="checkbox"/> non          |                                       |
| Aérosol              | <input type="checkbox"/> oui     | <input type="checkbox"/> non          |                                       |

Autres appareillages (lecteur glycémie...) : .....

**Nous fournir une copie de vos ordonnances en cours lors de votre inscription.**

Prise de médicaments :  seul(e)  accompagné(e)

**ALIMENTATION**

Avez-vous des troubles de déglutition ?  oui  non

Utilisez-vous de l'eau gélifiée ?  oui  non

Avez-vous besoin d'eau gazeuse (pour éviter les fausses routes) ?  oui  non

Pour votre repas, vous mangez :  seul(e)  avec une aide partielle  
 avec une aide totale  avec une sonde

Pour l'aide partielle, précisez vos besoins : .....

**Utilisez-vous du matériel spécifique pour manger (couverts coudés, assiette à bord, pailles, etc.) ?**

Précisez (et apportez-le) : .....

Les repas préparés par l'Accueil sont établis suivant les normes hospitalières (par exemple, les plats sont servis sans sel), précisez si un régime spécifique **STRICT** doit être observé.

**Quel régime alimentaire suivez-vous ?**  aucun  diabétique

sans gluten  sans fibre  sans résidu

**Quelle texture ?**  normale  hachée  mixée

**Avez-vous des allergies alimentaires ?** Précisez : .....

**REMARQUES :**

Avez-vous des demandes ou remarques particulières à transmettre à l'Hospitalité ?  
.....

**Si vous ne repartez pas avec nous :**

Qui vient vous chercher ? NOM :

Numéro de téléphone :

Accord tuteur :

**Si vous avez une visite pendant le pèlerinage :**

Nom :

Jour, heure et lieu :

Date : .....

Signature :

**Nom et prénom** (précisez le lien de parenté ou organisme si autre signataire que la personne concernée) : .....



Cher Confrère, Madame, Monsieur,

Le patient que vous suivez souhaite se rendre à Lourdes dans le cadre du pèlerinage diocésain. Le voyage aller-retour s'effectue en car et dure entre 8h et 10h. A Lourdes, les pèlerins (malades et accompagnants) sont hébergés dans un établissement adapté et sont pris en charge par une équipe bénévole de médecins, d'infirmières et d'aides-soignantes. *Un protocole sanitaire est mis en place (consultable sur le lien [www.lourdes-france.org/charte-sanitaire-2021](http://www.lourdes-france.org/charte-sanitaire-2021))*

Afin de poursuivre les traitements et d'assurer la surveillance pendant le séjour, nous avons besoin que vous remplissiez le dossier ci-joint et que vous le remettiez au patient (enveloppe jointe). Vous pouvez également nous adresser un dernier compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation. Pour les pèlerins résidant dans une structure médico-sociale, **merci de nous communiquer le DLU.**

Nous vous remercions de bien vouloir communiquer ces informations **avant le 31 mai 2024.**

Nous restons disponibles pour répondre à toutes questions de votre part à l'adresse suivante :  
**[hdo45.servicemedical@gmail.com](mailto:hdo45.servicemedical@gmail.com)** (adresse uniquement accessible à l'équipe médicale)

Vous remerciant vivement pour votre aide  
Bien confraternellement.

Médecins coordonnateurs : Dr Marie-Paul AUGUSSEAU

Dr Anne FAVRE

Dr Vincent MENU

**NOM : M/Mme** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**Date de naissance :** .....

**DIAGNOSTIC PRÉCIS DE L'AFFECTION PRINCIPALE ET/OU DU HANDICAP (précisez si ALD) :**

.....  
.....  
.....

**AUTRES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX (prothèses, Pace Maker, autre) :**

.....  
.....  
.....

**Date du dernier vaccin anti-tétanique :** .....

**Date du dernier vaccin anti covid19 :** .....

**Existe-t-il des allergies reconnues et allergies médicamenteuses (précisez) ?**

.....  
.....



## BILAN D'AUTONOMIE

Prise de médicaments :  seul  accompagné  
Etat physique :  bon  moyen  mauvais  très mauvais  
Etat psychique :  bon moral  angoissé  déprimé  agressif  
Vigilance :  alerte  apathique  DTS  
RISQUE DE FUGUE  OUI  NON  
Sommeil et repos :  dort bien  dort peu  agité  
Douleurs :  non douloureux  calmé par antalgique mineur  calmé par antalgique majeur  
GIR<sup>1</sup> :  6  5  4  3  2  1

## SOINS SPÉCIFIQUES

Surveillance glycémique (si besoin prévoyez les bandelettes et les aiguilles) ?  oui  non

Oxygène médical  la nuit  en continu  
VNI  simple  sous oxygène  
Sonde urinaire  oui  non  
Stomie digestive  oui  non  
Lunettes  oui  non  
Lentilles  oui  non  
Prothèses dentaires  oui  non  
Prothèses auditives  droite  gauche  
Pénilex<sup>®</sup>  oui  non  
Aérosol  oui  non  
Lecteur de glycémie  oui  non

Autres appareillages : .....

Pansements :  oui  non

Localisation, sévérité et fréquence : .....

Injections : .....

Dialyse :  oui  non

## **ORDONNANCES ET PRESCRIPTIONS DE MATÉRIEL NÉCESSAIRE PENDANT LA DURÉE DU SÉJOUR À FOURNIR : traitements, pansements, bilans, oxygène (fourni par le prestataire habituel du patient), VNI, lève-personne**

NOM DU MÉDECIN (en majuscules) : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Date : .....

Signature :

Tampon lisible

NOM DE L'INFIRMIÈR(E) (en majuscules) : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Date : .....

Signature :

Tampon lisible

<sup>1</sup> GIR 6 : autonomie totale → GIR 1 : dépendance totale