



Cher confrère,

Votre patient a émis le souhait de participer au pèlerinage diocésain à Lourdes en tant que malade. Il vous sollicite aujourd'hui pour remplir le dossier médical qui permettra à l'équipe soignante de mieux le connaître et de le suivre durant le voyage et les 5 jours passés à Lourdes.

Par expérience, nous savons que cette demande de pèlerinage peut susciter une certaine réticence de la part du médecin traitant qui n'a peut-être pas toutes les informations. Aussi je souhaite vous apporter un éclairage.

Sachez que la plupart des malades peuvent participer au pèlerinage à Lourdes, qu'ils soient porteurs de handicap, que leur maladie nécessite un traitement lourd (oxygénothérapie permanente, dialyse rénale, alimentation parentérale...) ou qu'elle soit à un stade avancé voire irréversible. C'est souvent à ce moment-là que les malades éprouvent le besoin d'aller à Lourdes.

Une équipe médicale (médecins, infirmières) est présente dès le départ de Nancy et dans chacun des bus sont affectés au minimum une infirmière DE, deux hospitalières, deux brancardiers et si possible un médecin.

Les malades voyagent dans des bus médicalisés de type « Royal Class » leur assurant le maximum de confort possible : dossier inclinable à 65° sans gêne pour les autres passagers, espacement optimal, repose-pieds et repose-jambes, toilettes adaptées et facilement accessibles. Ces bus sont également modulables avec possibilité d'intégrer plusieurs brancards-couchettes ou d'accueillir des personnes en fauteuil roulant électrique.

Sur place, les malades sont hébergés dans des accueils généralement au sein des sanctuaires. Les chambres de 1 à 3 lits sont presque toutes médicalisées avec prise d'oxygène et d'aspiration à la tête des lits. En cas de soucis, il est également possible de faire appel au service médical d'urgence des sanctuaires.

Les malades sont accompagnés, du réveil jusqu'au coucher par des hospitalières et brancardiers qui les assistent dans leurs besoins éventuels (toilette, repas, déplacements). Des brancards de douche, des lève-malade sont à leur disposition.

La nuit, un service de garde est assuré par une équipe sur place composée d'un médecin, d'une IDE, deux hospitalières, deux brancardiers.

La journée, les malades, même valides sont déplacés en fauteuil roulant pour leur éviter toute fatigue superflue.

Vous l'avez compris, tout est mis en œuvre pour que le malade vive son pèlerinage en toute sérénité.

Pour ce faire et parce que chaque cas nécessite un accompagnement personnalisé, nous avons besoin de votre aide pour constituer un dossier solide et étoffé où vous voudrez bien nous préciser : la nature du handicap ou de la maladie, le pronostic, risque évolutif, les soins nécessaires, précautions à prendre lors des transports et des manipulations, régime alimentaire, examens à prévoir...

Quelques semaines avant le départ, une réunion de concertation pluridisciplinaire est systématiquement organisée pour prévoir à l'avance les personnels, soins et matériels nécessaires à la prise en charge de chaque malade.

Dans le cas d'une dialyse rénale, oxygénothérapie permanente, alimentation parentérale, il vous incombera de demander une prise en charge auprès des assurances maladie, des services médicaux spécialisés, des transporteurs (VSL) et autres....

J'espère avoir répondu à vos questionnements. Je reste à votre disposition pour plus de précisions si besoin.

Docteur Jocelyn BALTENNECK

Médecin de pèlerinage

[Joce.baltenneck@orange.fr](mailto:Joce.baltenneck@orange.fr)

06 49 22 05 39

**MAISON DIOCESAINE**

DIRECTION DES PELERINAGES

11 rue de Laxou CS 10091

54603 VILLERS LES NANCY CEDEX

Direction pèlerinage : 07 89 29 41 49

Hospitalité : 06 13 69 54 67

**LOURDES 2025**

du 14 JUILLET 2025

au 20 JUILLET 2025

**Vous venez d'ouvrir votre DEMANDE D'INSCRIPTION. Elle est composée de:**

- 1) Un dossier médical
- 2) Un questionnaire administratif

**1) DOSSIER MEDICAL :**

**Remplissez la partie : Renseignements généraux.**

**Demandez à votre médecin** de remplir la partie médicale. (Feuilles blanches).  
**C'est votre médecin** qui l'adressera **sans tarder** à la direction des pèlerinages.

L'enveloppe ne sera ouverte que par le médecin du pèlerinage.

Les renseignements médicaux sont confidentiels et seuls les médecins du pèlerinage en ont connaissance. Votre dossier sera examiné par une commission médicale.

Nota : Indiquez vos nom et adresse au dos de l'enveloppe blanche.

**2) QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF :**

**A remplir Recto-Verso par vous-même ou votre représentant légal, et à retourner**

**MAISON DIOCESAINE  
DIRECTION DES PELERINAGES**

11 rue de Laxou CS 10091  
54603 VILLERS LES NANCY CEDEX

**Pour le 5 juin 2025**

Certaines questions se retrouvent également dans le questionnaire médical : veuillez-nous en excuser, mais le personnel d'accompagnement n'a pas accès à votre dossier médical confidentiel.

Si vous éprouvez quelques difficultés à remplir ces formalités, les membres de l'Hospitalité Notre Dame de Lourdes se feront un plaisir de vous aider.

Pour des raisons de sécurité, les Sanctuaires nous demandent d'exiger de nos pèlerins accompagnés, une photo d'identité récente.

Si vous souhaitez proposer ce pèlerinage à d'autres amis malades, porteurs de handicaps, âgés, fragilisés, des dossiers d'inscription sont à votre disposition à la Direction des pèlerinages

.../...

## QUELQUES REPONSES AUX QUESTIONS QUE VOUS POUVEZ VOUS POSER!

### PELERINAGE DIOCESAIN :

C'est le diocèse tout entier qui part à LOURDES en pèlerinage.

Il n'y a pas un pèlerinage pour les pèlerins valides et un pèlerinage pour les personnes malades. IL N'Y A QU'UN SEUL PELERINAGE.

### VOUS ÊTES MALADES, PORTEURS DE HANDICAP, VOTRE MOBILITE EST REDUITE :

Vous avez souhaité aller à LOURDES. Vous êtes pèlerins à part entière. Vous participez à toutes les célébrations et animations du pèlerinage

Vous êtes aidés dans vos démarches et accompagnés par les membres de l'Hospitalité Notre Dame de Lourdes : Médecins du pèlerinage, Hospitalières et Brancardiers, Infirmières, Religieuses de Saint Charles.

### ADMISSION :

La commission médicale examinera votre dossier pour voir notamment si votre état de santé vous permet d'accepter les conditions de transport et d'hébergement.

Cette commission vous confirme votre admission par courrier.

**Le coût de votre pèlerinage** (voyage et séjour à LOURDES) s'élève à : **540 €**

Il est possible d'acquitter cette somme par paiements échelonnés, le dernier versement devant intervenir au plus tard le 30 novembre 2025. Nous vous demandons de joindre l'échéancier à votre formulaire d'inscription. En cas de difficulté, n'hésitez pas à nous contacter.

A l'inverse, si vous désirez aider des personnes malades, dont les ressources sont souvent modestes, vous pouvez compléter votre participation par une offrande à leur intention, en nous signalant : "Pour les malades". MERCI !

### VOYAGE :

Le voyage se fera **exclusivement** en AUTOCARS MEDICALISES. L'un partira directement de LONGWY, les autres de NANCY (le lieu vous sera précisé avec les horaires).

Pendant tout le voyage, des Hospitalières et des Brancardiers seront en permanence auprès de vous pour assurer tout service. Des Médecins et des Infirmières seront également présents et prodigueront les SOINS nécessaires.

### SEJOUR :

Vous serez hébergés à **L'ACCUEIL NOTRE DAME**, situé dans le Domaine, **en face de la GROTT**E. Il propose des conditions d'hébergement modernes, confortables et offre une vue privilégiée sur les Sanctuaires.

La répartition des pèlerins malades dans les chambres est fixée par le médecin chef du pèlerinage en fonction des soins qui doivent être prodigués.

Les Médecins, et les infirmières assurent les soins.

Les Dames Hospitalières aidées de Brancardiers assurent les toilettes, le déplacement, le service des repas.

Une garde de nuit sous la responsabilité d'un médecin est assurée par des infirmières et aides soignantes avec la participation de brancardiers.

### FAUTEUILS ROULANTS :

Nous prendrons systématiquement les fauteuils électriques et les fauteuils spécifiquement adaptés à votre handicap. Ils devront être parfaitement étiquetés.

Si vous disposez d'un fauteuil roulant traditionnel, amenez-le avec les accessoires, le tout correctement étiqueté. Nous ferons notre possible pour emporter tous les fauteuils. Néanmoins en cas de surnombre, nous nous réservons la possibilité d'en laisser sur place, ils seront entreposés à l'abri et en sécurité dans nos locaux. Pas d'inquiétude à avoir, des fauteuils seront mis à votre disposition à Lourdes.

MAISON DIOCESAINE  
DIRECTION DES PELERINAGES  
11 rue de LAXOU CS 10091  
54603 VILLERS LES NANCY Cedex  
HOSPITALITE  
tél : 06 13 69 54 67

**LOURDES 2025**  
du 14 JUILLET 2025  
au 20 JUILLET 2025

Photo  
d'identité

## QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF A NOUS RETOURNER SIGNE

Madame / Monsieur / Mademoiselle / Enfant : .....(âge)

NOM..... Prénom .....  
Né (e) le ..... à.....  
Adresse .....  
Tél. .... E.mail:.....  
N° Sécurité Sociale..... Adresse Caisse.....

Etes-vous en fauteuil roulant ? ..... OUI NON  
Disposez-vous d'un fauteuil électrique ? ..... OUI NON  
Devez-vous l'emporter à Lourdes ? (vous reporter à la Rubrique « Fauteuil » de la lettre annexe)..... OUI NON

Etes-vous dépendant(e) d'une tutelle ? ..... OUI NON  
Si oui, nom, adresse, téléphone et Email de cette tutelle (Ecrire en majuscule et lisiblement)

### PERSONNE A PREVENIR en cas de nécessité.

NOM et prénom : .....  
ADRESSE précise : .....  
.....Tél. : .....

### VOYAGE et SEJOUR à LOURDES

Avez-vous déjà participé au pèlerinage diocésain en tant que pèlerins - malades ? ..... OUI NON  
Si oui, en quelle (s) année (s) : .....

Vous voyagerez en AUTOCAR MEDICALISE

Le coût de **votre pèlerinage** (voyage, séjour) s'élève à : **540 €**

A régler à la **DIRECTION DES PELERINAGES** seulement lorsque vous aurez reçu la lettre vous annonçant votre admission.

Il est possible d'acquitter cette somme par paiements échelonnés, le dernier versement devant intervenir au plus tard le 30 novembre 2025. L'échéancier sera remis avec l'inscription.

En cas de difficulté, n'hésitez pas à nous contacter.

**MEDECIN**, auquel vous avez remis votre dossier médical.

NOM : .....  
Adresse : .....  
Date de la remise du dossier médical : .....

Merci de nous indiquer également : Qui vous a remis ce dossier d'inscription ?

NOM : .....  
Adresse : .....

**Autorisation photos** : Je soussigné (e).....

autorise - n'autorise pas (rayer la mention inutile)  
les responsables du pèlerinage à utiliser sur les documents et le site de l'Hospitalité Notre Dame de Lourdes les  
photos et films du pèlerinage et des activités connexes (journées d'Action de Grâce ou d'amitié,  
Récollections,...), sur lesquels je figure et/ou sur lesquels figure mon enfant .....(nom)

Fait à .....

Le : .....

Signature du pèlerin malade ou de son responsable légal

Charte RGPD au verso à Signer

# Charte RGPD

## (Règlement général sur la protection des données)

L'Hospitalité NDL du diocèse de Nancy est amenée à collecter pour la bonne organisation du pèlerinage des données personnelles à caractère administratif vous concernant :

### **Hospitaliers:**

Ces informations sont collectées par la Direction des Pèlerinages et les acteurs internes de l'Hospitalité Notre Dame de Lourdes. L'Hospitalité les conserve dans un fichier Excel ou équivalent reprenant vos nom, prénom, état civil, adresse postale, adresse mail, téléphone...

Au-delà du pèlerinage, l'Hospitalité conservera uniquement vos coordonnées de contact, pour vous envoyer par voie postale et/ou par courriel les dates des réunions, de l'Assemblée Générale, pour vous envoyer le bulletin, vous inviter aux différentes manifestations amicales organisées par l'Hospitalité et vous adresser toute information ou invitation en lien avec notre objet et la vie de notre association.

Ces données ne feront l'objet, par l'Hospitalité, d'aucune diffusion à un tiers sans votre autorisation.

Ces informations sont conservées durant toute la durée de votre adhésion à l'association et cinq ans après le départ de celle-ci, la référence étant le paiement de la cotisation.

**Pèlerins malades accompagnés :** En sus des données d'inscription administratives classiques énumérées pour les hospitaliers nous collectons N° de Sécurité Sociale, régime juridique, coordonnées du médecin traitant. Ces données sont traitées dans les mêmes conditions.

Les données seront conservées par l'Hospitalité trois ans après votre dernier pèlerinage.

L'Hospitalité est également amenée à recevoir **un dossier médical** nécessaire à assurer votre suivi médical et votre sécurité durant les transports et votre séjour à Lourdes.

Ce dossier médical confidentiel sera traité par l'équipe médicale de l'Hospitalité.

Seules les informations nécessaires à votre confort et votre sécurité (régime, soins infirmiers) seront diffusées pour la durée du pèlerinage aux personnes qui vous accompagneront en chambre.

Le dossier médical sera détruit par l'Hospitalité trois ans après votre dernier pèlerinage.

Le présent engagement est contrôlé par le conseil d'administration.

Le responsable du traitement des données personnelles par l'Hospitalité est le Président de l'association.

Conformément au RGPD applicable depuis mai 2018, l'Hospitalité ne diffuse pas ces données et vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'information, de rectification et de suppression....

Vous pouvez l'exercer en vous adressant à :

Hospitalité Notre Dame de Lourdes diocèse de Nancy

Maison Diocésaine – Domaine de l'Asnée

11 rue de Laxou – CS 10091

54600 – Villers-les –Nancy

Mail: [hndl54@gmail.com](mailto:hndl54@gmail.com)

Fait à .....

Le : .....

Signature du pèlerin malade ou de son responsable légal



## HOSPITALITÉ DIOCESAINE

Pèlerinage diocésain de Nancy

à LOURDES du 14 au 20 juillet 2025 ( dont 5 jours à Lourdes)

**attention  
secret médical**

### DOSSIER MÉDICAL

À adresser, sous enveloppe affranchie au Médecin Chef du pèlerinage,

Maison diocésaine, 11 rue de Laxou, CS10091, 54603 VILLERS LES NANCY CEDEX

**Avant le 5 juin**

**Il conviendrait de rédiger TRES LISIBLEMENT ce dossier médical MERCI**

*Toute observation incomplète ou parvenant trop tard expose le titulaire à un refus d'admission.*

*Si vous avez des précisions à demander, contactez le médecin du pèlerinage à l'adresse suivante :*

[joce.baltenneck@orange.fr](mailto:joce.baltenneck@orange.fr)

M ☐ Mme ☐ Mlle ☐ NOM : .....  
Prénom : .....  
Né(e)le : ..... Téléphone (fixe ou portable) .....  
Adresse : .....  
.....  
N° de Sécurité Sociale : ..... Adresse de la Caisse : .....  
S'agit-il de votre premier pèlerinage en tant que malade ? Oui ☐ Non ☐  
S'il ne s'agit pas de votre 1° pèlerinage, combien environ de participations antérieures ?.....  
Personne à prévenir en cas de nécessité :  
  
Nom.....Prénom.....  
Téléphone fixe ou portable : .....  
Téléphone de la personne à contacter au retour : .....

*Le Médecin Chef du pèlerinage, délégué par le Collège médical de l'Hospitalité de Nancy, prie le Médecin traitant de bien vouloir lui communiquer tous les renseignements concernant ce patient afin d'appliquer le protocole thérapeutique instauré par ses soins et assurer sa surveillance pendant son séjour à Lourdes. Il l'assure du respect du secret professionnel et le prie de croire à l'expression de ses remerciements confraternels.*

**PATHOLOGIE PRINCIPALE :** .....

**ATCD** notables : .....

**Examens biologiques** éventuellement utiles à surveiller : .....

**Allergies ou autres intolérances** .....

**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 ☐

## EVALUATION GENERALE

**Etat psychologique et communication verbale :** .....

### Eventuels troubles du comportement :

Désorientation temporo-spatiale possible    oui ☐    non ☐

Risque de fugue    oui ☐    non ☐

Test de l'horloge perturbé    oui ☐    non ☐

**Complications éventuelles à redouter :** .....

**MODALITES DU VOYAGE (Très important)** ➔ **trajet de nuit en Autocars\*\*\*Médicalisés**  
**- environ 12 heures, arrêts compris -**

☐ Le malade **est-il en fauteuil roulant**    Manuel    oui ☐    non ☐

Electrique    oui ☐    non ☐

☐ Peut-il voyager Assis (dossier inclinable à 65°, repose-pieds et repose-jambes)    ☐

Doit-il impérativement voyager couché    ☐

### **Dans les salles ou les sanctuaires :**

- Périmètre de marche : .....

- Commodités à prévoir ?

• Lit médicalisé ☐ électrique ☐, avec barrières ☐, avec potence ☐

• Déambulateur ☐    canne ☐

• Autres (préciser) .....

### **Accompagnant éventuel**

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Lien relationnel avec le malade : Famille : ..... Tutelle (ou autre) : .....

Cachet du médecin

Nom du médecin : .....

Signature :

Courriel : .....

N° de téléphone : .....

Date : .....

**Le médecin chef du pèlerinage vous remercie du temps donné pour remplir entièrement ce dossier qui contribuera à optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient.**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique de façon anonyme. Les destinataires des données sont le corps médical de l'Hospitalité Notre Dame de Lourdes de NANCY.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Médecin chef du pèlerinage.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**Commune d'origine :**

**CHAMBRE :**

**CAR :**

**Domicile ☐    Structure d'accueil ☐**

*(Ne pas remplir)*

*(Ne pas remplir)*

# INFORMATIONS SUR LE PELERIN MALADE

Nom : ..... Prénom : .....

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

Poids : ..... Kg Taille : ..... cm Age : ..... IMC (rapport P/T<sup>2</sup>) : .....

## SOINS INFIRMIERS (À compléter par le médecin traitant)

**PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE** *Ecrire en lettres capitales*

| MEDICAMENTS<br>(cp, pommade, collyre, inject°) | Posologie<br>matin | Posologie<br>midi | Posologie<br>soir | Posologie<br>coucher |
|------------------------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|----------------------|
|                                                |                    |                   |                   |                      |
|                                                |                    |                   |                   |                      |
|                                                |                    |                   |                   |                      |
|                                                |                    |                   |                   |                      |
|                                                |                    |                   |                   |                      |
|                                                |                    |                   |                   |                      |
|                                                |                    |                   |                   |                      |
|                                                |                    |                   |                   |                      |
|                                                |                    |                   |                   |                      |
|                                                |                    |                   |                   |                      |
|                                                |                    |                   |                   |                      |

Gestion autonome du traitement ? oui ☐ non ☐

*Joindre la copie de votre dernière ordonnance médicale*

**Dispositifs médicaux, injections, appareillage, protections pour incontinence...**

*(à apporter impérativement pour la durée du pèlerinage)*

**Soins spécifiques :** .....

Pansements (prévoir le nécessaire pour toute la durée du pèlerinage) : .....

**Allergie ou Intolérance** oui ☐ non ☐ préciser : .....

Autonomie pour les soins d'hygiène corporelle : oui ☐ non ☐

Aide à l'habillage oui ☐ non ☐

Soins spécifiques : **Escarres** oui ☐ non ☐

Si oui, localisation et stade : .....

Coussin anti-escarre oui ☐ (si oui, l'apporter) non ☐

**Sphincters** Incontinence \*urinaire oui ☐ non ☐ \*fécale oui ☐ non ☐

Pénilex oui ☐ non ☐

Sonde urinaire oui ☐ non ☐

**Appareillage éventuel complémentaire :**

O2thérapie oui ☐ non ☐ (organisme prestataire .....)

Ventilation ou PPC oui ☐ non ☐ (organisme prestataire.....)

Stomie oui ☐ non ☐ (type : .....)

Autre .....

**Dialyse :** oui ☐ non ☐

Autres soins spécifiques...(préciser).....

**GIR** (degré de dépendance du malade) : (lourd) 1 2 3 4 5 6 (léger)

## ALIMENTATION :

|                                   |                                     |                                     |                                     |                                    |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Troubles de la déglutition</b> | <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NON</b> <input type="checkbox"/> | au liquide <input type="checkbox"/> | au solide <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

Autonomie alimentaire      oui ☐      non ☐      Sonde digestive ☐

**Régime :**      Normal ...☐      Sans sel... ☐      Diabétique ...☐  
Haché .....☐      Mixé.....☐      Eau gélifiée...☐      Eau gazeuse... ☐

**Nutrition parentérale :** (apporter le matériel nécessaire : pompe, tubulures, nutriments pour la durée du séjour): .....

### Divers :

Vaccinations :      Tétanos      oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐  
Hépatite A      oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐  
Hépatite B      oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Sérologie HIV (si connue)      positive ☐ négative ☐  
Risque de contagiosité      oui ☐ non ☐  
Groupe sanguin (si connu) : .....

## FONCTIONS LOCOMOTRICES :

**Lever au fauteuil :**      ☐ Seul      ☐ Avec aide

**Marche :**      ☐ Seul      ☐ Avec l'aide d'une personne      ☐ Avec une canne  
-      ☐ Seul sur une courte distance  
☐ Fauteuil roulant      ☐ Manuel      ☐ Electrique  
                                         ☐ Spécifiquement adapté à son handicap  
☐ Brancard  
Risques de chutes :      ☐ oui      ☐ non

**Appareillage éventuel :**      ☐ lunettes  
                                         ☐ Prothèses auditives  
                                         ☐ Prothèses dentaires

**Comportement :**      ☐ Normal  
                                 ☐ Troubles gênants      ☐ le jour      ☐ la nuit

**Incontinence :**      ☐ épisodique      ☐ le jour      ☐ la nuit      ☐ fréquent  
                                 ☐ Change complet      ☐ le jour      ☐ la nuit      ☐ sonde

**Toilette :**      ☐ autonome      ☐ aide partielle      ☐ aide totale

## OBSERVATIONS PARTICULIERES ET AUTRES RENSEIGNEMENTS

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

**Dans le cas d'une dialyse rénale, oxygénothérapie permanente, alimentation parentérale, il vous incombera de demander une prise en charge auprès des assurances maladie, des services médicaux spécialisés, des transporteurs (VSL) et autres....**