

## FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

Cette fiche est à faire compléter par votre **médecin traitant** (ou médecin spécialiste) et permet à l'équipe médicale de partir à Lourdes avec le maximum d'informations. **L'acceptation de la participation au pèlerinage est soumise à l'avis de l'équipe médicale.**

**Si vous n'avez aucun souci de santé, la fiche médicale peut être remplie par vous ou par vos parents, si vous êtes mineurs. CHAQUE PELERIN DOIT REMPLIR CE FORMULAIRE.**

**Nom:** ..... **Prénom:** ..... **Date de naissance:** ...../...../.....

**Sexe:** M - F      **Poids:** ..... kg      **Taille:** ..... cm      **Groupe Sanguin et Rhésus:** .....

Personnes à contacter en cas de problème:

1 - Nom-Prénom: ..... N° de GSM: .....

2 - Nom-Prénom: ..... N° de GSM: .....

Médecin traitant: ..... N° de téléphone: ..... N° de GSM: .....

Médecin spécialiste éventuel: ..... N° de téléphone : .....

Maladies actives (y compris troubles du comportement)

⇒ ...

⇒ ...

⇒ ...

⇒ ...

Son état est-il **STABLE** ? (Epilepsie, diabète, comportement, risque suicidaire, ...)

Oui – non :



## FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE - SUITE

### Appareillages qui m'accompagneront :

- |                   |         |
|-------------------|---------|
| - Chaise roulante | Oui/Non |
| - Chaise percée   | Oui/Non |
| - Lève-personne   | Oui/Non |
| - Sonde urinaire  | Oui/Non |
| - Sonde gastrique | Oui/Non |
| - Respirateur     | Oui/Non |

### Autres :

### Soins infirmiers et médicaux :

- Infirmiers :

- Surveillance médicale :

**Vaccin antitétanique:** date du dernier rappel (si le dernier rappel tétanos date de plus de 10 ans, en faire un avant le départ)

**Vaccin Covid-19 :** Vaccin reçu : OUI - NON\*

\*

Je décharge l'asbl des Equipes Saint Michel de toute responsabilité quant aux conséquences que peut entraîner une contamination d'un des membres du groupe au Covid 19.

### Remarques complémentaires :

### Etat stable/instable :

0

## FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE - SUITE

Risques:

Habitude de vie:

Autres :

**O** J'autorise les médecins présent à Lourdes à prendre les décisions eventuelles pendant la durée du pèlerinage

Pensez-vous que cette personne puisse participer sans risque pour elle ou pour les jeunes qui vont l'accompagner durant le pèlerinage des Equipes Saint-Michel?

*Nous rappelons que nous ne résidons pas dans une strucutre hospitalière et que les personnes moins-valides sont entourées de jeunes de 17-20 ans dans un hôtel, dans la chambre qu'ils partagent avec cette personne.*

**Oui/Non**

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

**Cachet du médecin traitant**

**Signature du médecin**

A renvoyer à l'adresse ASBL Equipes Saint-Michel (Lourdes 2023), Av. De Tervueren 85 à 1040 Bruxelles ou à [medical@equipesstmichel.org](mailto:medical@equipesstmichel.org)