



## FULL D'INSCRIPCIÓ

Pelegrinatge de \_\_\_\_\_

Delegació \_\_\_\_\_

### Persones amb Discapacitat i / o malaltes

#### Omplir per l'Hospitalitat:

Planta i Sector \_\_\_\_\_ Habitació \_\_\_\_\_ Autocar \_\_\_\_\_ Num. Inscripció \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Cognoms \_\_\_\_\_

Home  Dona  DNI/Passaport \_\_\_\_\_

Data Naixement \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edat \_\_\_\_\_

Núm. Targeta Sanitària Europea 80724 \_\_\_\_\_ Venciment \_\_\_\_/\_\_\_\_

Adreça \_\_\_\_\_

Edifici \_\_\_\_\_ Escala \_\_\_\_\_ Núm \_\_\_\_\_ Pis \_\_\_\_\_ Porta \_\_\_\_\_

Població \_\_\_\_\_ Codi Postal \_\_\_\_\_

Telèfons: Mòbil \_\_\_\_\_ Fix \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

En cas d'urgència contactar amb : \_\_\_\_\_ (nom del familiar o persona responsable) telèfon : \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA

ÉS LA PRIMERA VEGADA QUE US INSCRIVIU? SI  NO

#### DOCUMENTACIÓ OBLIGATÒRIA A PORTAR DURANT EL VIATGE:

- Original del DNI/NIE o Passaport vigent.
- Targeta sanitària europea en vigor.
- Autorització per viatjar a l'estranger dels pares i o tutor per tots els **menors no acompanyats** dels seus pares o tutors ([https://mossos.gencat.cat/es/detalls/Tramit/7864\\_-Permis-de-viatge-a-lestranger-per-a-menors](https://mossos.gencat.cat/es/detalls/Tramit/7864_-Permis-de-viatge-a-lestranger-per-a-menors))
- Recepta electrònica actualitzada.
- El qüestionari de salut confidencial següent és **camp obligatori** o en el seu defecte, cal aportar informe mèdic actualitzat pel metge/essa de capçalera.

# HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

## DIETES ESPECIALS

NORMAL  TOVA  TRITURADA  DIABÈTICA  SENSE SAL  ALTRES

AL·LÈRGIA O INTOLERÀNCIA ALIMENTÀRIA, INDICAR A QUÈ \_\_\_\_\_

## TRANSPORT

VIATGEU EN: AUTOCAR  COTXE PARTICULAR

VIATGEU EN CADIRA DE RODES: SI  NO

TIPUS DE CADIRA: MANUAL NORMAL  MANUAL ADAPTADA  ELÈCTRICA  MOTO

EN CAS D'UTILITZAR CADIRA DE RODES MANUAL, PODEU VIATJAR ASSEGUT/DA: SI  NO

VIATGEU ACOMPANYAT/ADA? SI  NO  NOM ACOMPANYANT \_\_\_\_\_

## AUTORITZACIÓ PER PERSONES MALALTES I / O AMB DISCAPACITAT TUTELADES PER FAMILIARS O ENTITATS:

En/na \_\_\_\_\_

Amb DNI \_\_\_\_\_ en la seva condició de (Pare/Mare/Tutor) del menor o persona tutelada \_\_\_\_\_

Autoritza la seva participació a les activitats organitzades per l'HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES, especialment al pelegrinatge a Lourdes (França) els dies \_\_\_\_\_, tant mateix autoritza als organitzadors i al seu equip sanitari a prendre les decisions que cregui oportunes en cas de malaltia o accident.

Signat a \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Signatura obligatòria del pare, mare, o tutor/a. →

# HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

Qüestionari de Salut Confidencial – Pelegrinatge \_\_\_\_\_

**A omplir per l'Hospitalitat:**

Planta i Sector \_\_\_\_\_ Habitació \_\_\_\_\_ Autocar \_\_\_\_\_ Núm. Inscripció \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Cognoms \_\_\_\_\_

Pes \_\_\_\_\_ Kg. Alçada \_\_\_\_\_ cms. Edat \_\_\_\_\_

Núm. Targeta Sanitària Europea 80724 \_\_\_\_\_ Venciment \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**At/Metge de capçalera:** Per tal que l'equip sanitari pugui tenir cura de les persones que acompanyem al Santuari de la Mare de Déu de Lourdes, agraiem que ens empleneu el següent qüestionari que serà tractat amb tota confidencialitat i només estarà a disposició del Servei Sanitari del Pelegrinatge.

## DIAGNÒSTICS PRINCIPALS:

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

## ALTRES DIAGNÒSTICS:

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

## AL·LÈRGIES:

**MEDICAMENTS:** A quins? \_\_\_\_\_

**ALIMENTÀRIES:** Quines? \_\_\_\_\_

**ALTRES AL·LÈRGIES:** \_\_\_\_\_

## PROCESSOS I MALALTIES ACTUALS: (Marqueu el que correspongui):

### 1. CARDIOLOGIA:

- Hipertensió  Insuficiència cardíaca  Cardiopatia  Arrítmies

Altres processos cardiològics

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

## 2. RESPIRATORI:

- Asma  Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica  CPAP

- Oxigenoteràpia  Pauta: \_\_\_\_\_

En cas d'oxigenoteràpia és necessari portar tots els aparells i connexions per fer el tractament així com la medicació. En cas de dubte consulteu a l'equip sanitari abans de marxar.

## 3. NEUROLÒGIC:

- Ictus  - Epilèpsia  - Paràlisi  - Demència

Altres processos neurològics: \_\_\_\_\_

4. DIGESTIU: Úlcus  - Hepatopatia

5. LOCOMOTOR - Artritis / Artrosi  - Miopatia

- Altres \_\_\_\_\_

6. NEFRO / UROLOGIA - Insuficiència renal

- Altres \_\_\_\_\_

## 7. ENDOCRÍ

- Hipo /Hipertiroïdisme

- Diabetis  - Tipus de Diabetis \_\_\_\_\_

- **Insulinodependent**  (Especificar pauta d'insulina i si precisa control Glucòmetre diari)

## 8. PSIQUIATRIA

- Psicosi  - Depressió  - Angoixa

- Altres malalties psiquiàtriques \_\_\_\_\_

## 9. PELL

Especificar tipus de malaltia \_\_\_\_\_

Si patiu alguna nafra per pressió, indicar localització, tipus de cura i material per fer la cura.

## 10. MALALTIES INFECCIOSES

Especificar tipus de malaltia \_\_\_\_\_

## 11. PROCESSOS NEOFORMATIUS (càncer).

Especificar tipus, estadi, evolució \_\_\_\_\_



## HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

\* Voleu que l'equip sanitari administri la medicació durant el pelegrinatge? SI  NO

- En cas afirmatiu signeu l'autorització adjunta. El personal sanitari recollirà la medicació als autocars durant el viatge i l'administrarà durant els dies de pelegrinatge, retornant la medicació sobrant a cada persona durant el viatge de tornada.

### AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

En/na \_\_\_\_\_

amb N.I.F. \_\_\_\_\_ en nom propi o en la seva condició de pare, mare o tutor(a) legal d'en/na \_\_\_\_\_ participant a les sortides i/o pelegrinatges que organitza l'HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES de BARCELONA, dono el meu consentiment al personal sanitari i/o responsable de l'activitat per administrar la medicació que es detalla a la pauta mèdica que s'adjunta, així com amb la freqüència i dosificació que es detalla.

Signat a \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Signatura de l'interessat/da o del tutor/a →

---

### CAMP A EMPLENAR EN LA INSCRIPCIÓ DEL MES DE SETEMBRE, QUAN SIGUI OPORTÚ, PER LES PERSONES QUE JA HAGIN PARTICIPAT DEL PELEGRINATGE DE JUNY:

En/na \_\_\_\_\_ major d'edat i amb N.I.F. núm \_\_\_\_\_ en nom propi o en la condició de pare/mare/tutor(a) d'en/na \_\_\_\_\_

MANIFESTO QUE:

- L'INFORME MÈDIC i
- LA PAUTA DE MEDICACIÓ

Segueix essent la mateixa i no ha tingut cap variació respecte a la documentació entregada pel darrer pelegrinatge del mes de juny a Lourdes.

Signat a \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Signatura de l'interessat/da o tutor/a →

## HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

### COBERTURA EN CAS D'ACCIDENT O MALALTIA:

Durant tot el viatge, les persones inscrites al pelegrinatge i que hagin aportat tota la documentació requerida i degudament complimentada a l'Hospitalitat, queden emparades per l'assegurança de viatges de l'empresa dels autocars contractats. Tanmateix, durant l'estada a Lourdes, queden cobertes per la Pòlissa d'assistència en viatge de grup contractada per l'Hospitalitat i que podeu consultar a través del vostre delegat o a les oficines de l'Hospitalitat de Barcelona al carrer Consell de Cent 224-226. En tot allò que no quedi expressament cobert per aquesta pòlissa, l'Hospitalitat s'eximeix de tota responsabilitat.

### TRANSPARÈNCIA I AUTORITZACIÓ PEL TRACTAMENT DE DADES:

L'Hospitalitat de la MdD de Lourdes amb domicili al C/Consell de Cent 224 -226 de Barcelona, és la responsable del tractament de les dades que vostè ens faciliti i en tot cas decideix l'ús que s'ha de fer de les mateixes sota el marc legal de la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.

Amb la seva signatura vostè reconeix ser conscient de qui és el responsable del tractament de les seves dades, quin serà l'ús de les mateixes així com dels drets que l'assisteixen. També autoritza a l'Hospitalitat i a la federació d'Hospitalitats a difondre les imatges i so que durant el pelegrinatge i altres activitats de l'Hospitalitat en les que vostè participi s'hagin obtingut, segons la legalitat vigent i que es conservaran amb caràcter històric fins que revoqui aquesta autorització.

Signatura obligatòria d'acceptació dels dos apartats anterior (cobertures i tractament de dades)

**Signatura de l'interessat/da o tutor/a** →

