

# DEMANDE DE SÉJOUR

Choix du type d'hospitalisation :

Hospitalisation complète

Hospitalisation de Jour

A adresser par courrier à :  
CERS Service inscriptions  
CS20129 – 40130 Capbreton

ou par mail à : [ingrid.ducamp@ramsaysante.fr](mailto:ingrid.ducamp@ramsaysante.fr)

Attention, veuillez envoyer en plusieurs mails votre demande de séjour,  
si vos pièces jointes dépassent 10Mo

## PARTIE ADMINISTRATIVE A REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Tél domicile :

Tél mobile :

Email :

S'agit-il d'un accident de travail :  Oui  Non

Si oui, indiquez la date :

Profession :

Sport pratiqué :

Niveau :

Etes-vous déjà venu au CERS ?

Oui  Non

Si oui, quel était votre médecin au CERS :

Numéro Sécurité Sociale :

Nom de la caisse Sécurité Sociale :

### Documents à fournir avec votre demande :



- Attestation CERS
- Attestation d'ouverture de droits Sécurité Sociale
- Copie de la carte mutuelle
- Compte rendu opératoire ( si vous avez été opéré)
- Compte rendu de la dernière consultation avec le chirurgien / médecin ( si vous n'avez pas été opéré)

Attention cette demande de séjour n'est en aucun cas une réservation.  
Votre dossier sera soumis à une commission médicale.

Nom :  Prénom :  Né(e) le

## PARTIE MÉDICALE A REMPLIR PAR LA CLINIQUE OU LE MÉDECIN Date :

Le patient a-t-il été opéré ?  Oui  Non

Doit-il être opéré ?  Oui  Non

S'agit-il d'un transfert  Oui  Non *(Rappel pour être transféré, il ne doit pas s'écouler plus de 48h entre la sortie de la clinique et l'entrée du CERS)*

Le patient doit-il bénéficier de soins spéciaux (médicaments, appareillages, soins infirmiers, ...) ?

Si oui, lesquelles ?

### > Si opération

Date intervention:

Nom du chirurgien:

Type d'intervention :

Nom de la clinique :

Numéro téléphone :

Contact :

Date d'entrée souhaitée :

Nombre de jours d'hospitalisation souhaités :

### > Si non opéré,

Date du traumatisme :

Diagnostic :

Cachet de la clinique / chirurgien / médecin

*Séjour de 3 semaines en général, au minimum 15 jours, et en fonction des pathologies et du délai opératoire 4 semaines ou plus*

## PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT : Evolution actuelle Date :

Actuellement, avez-vous reprise la course ?  Oui  Non

Si oui, depuis combien de semaines :  semaines

A quelle fréquence par semaine ?  1 fois  2 à 3 fois  4 à 5 fois  + de 5 fois

A quelle durée par séance de course ?  minutes

Avez-vous repris les entraînements de votre sport d'origine ?  Oui  Non

Actuellement, avez-vous un problème particulier qui aurait pu ralentir ou gêner la rééducation ?

Avez-vous des douleurs qui vous empêchent de courir ?

## FORMULAIRE DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX EN PRE ADMISSION

**A remplir impérativement pour votre admission. Tout dossier incomplet ne sera pas traité**

Nom :  Prénom :  Né(e) le

Afin de bien vous accueillir sur le plan médical, nous avons besoin de mieux vous connaître.

Merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

Date du questionnaire :

### 1 - Avez vous des antécédents spécifiques, en dehors de la pathologie qui motive votre venue au CERS et qui peuvent nécessiter une prise en charge médicale particulières ?

#### Neurologie

Épilepsie  Oui  Non

Autres :

#### Cardio vasculaire

*\* si vous avez plus de 45 ans et si vous avez réalisé un test d'effort, merci de bien vouloir nous l'adresser en même temps que votre dossier de préadmission*

Troubles du rythme cardiaque  Oui  Non

Infarctus du myocarde  Oui  Non

Tension artérielle  Oui  Non

Autres :

#### Maladies métaboliques

Diabète  Oui  Non

Cholestérol  Oui  Non

Autres :

#### Pneumologie

Asthme  Oui  Non

Difficultés respiratoires  Oui  Non

Apnée du sommeil  Oui  Non

Autres :

#### Infectieux

Infection post-opératoire  Oui  Non

Si oui, laquelle :

#### Allergies à des médicaments

Si oui, lesquels :  Oui  Non

#### Autres pathologies à risque :

### 2 - Prenez vous un traitement avec des médicaments ou des injections actuellement ?

Si oui, lequel :

Posologie

	Matin	Midi	Soir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**En cas de traitement au moment du questionnaire ou de nouveaux traitements, merci de bien vouloir apporter vos ordonnances le jour de votre entrée au CERS**

### 3 Renseignements diététiques

Souffrez vous d'allergie alimentaire  Oui  Non

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

Avez vous un certificat médical pour votre/vos allergies \*  Oui  Non

Suivez vous un régime sans sel ? \*  Oui  Non

*\* Prise en compte au CERS des allergies et régimes spéciaux sur présentation d'un certificat médical (à joindre)*

### 4 Renseignements cellule soutien social

Êtes vous en fin de contrat sportif, professionnel ?  Oui  Non

Rencontrez vous des difficultés d'ordre social ?  Oui  Non

Ressentez vous le besoin d'un accompagnement ou de conseils ?  Oui  Non