

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

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 ADMSSION

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