

# 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 : [inscription.cers@ramsaysante.fr](mailto:inscription.cers@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 :

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

Prénom :

Si oui, indiquez la date :

Nationalité :

Profession :

Date de naissance :

Sport pratiqué :

Adresse :

Niveau :

Code postal :

Etes-vous déjà venu au CERS ?  
 Oui  Non

Ville :

Si oui, quel était votre médecin au CERS :

Pays :

Numéro Sécurité Sociale :

Tél domicile :

Nom de la caisse Sécurité Sociale :

Tél mobile :

Email :

« Autorisez-vous la consultation de votre Dossier Médical Partagé (DMP) pour l'étude de votre dossier d'entrée ? »

Oui  Non

### 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