

# DEMANDE DE SÉJOUR

Choix du type  
d'hospitalisation**en Internat  
en Externat****Réathlétisation :**

Oui

Non

A adresser par courrier à:

**CERS service Inscriptions  
CS20129 - 40130 Capbreton**ou par mail : **i.ducamp@ramsaygds.fr**  
ou par fax au : **05 58 48 89 83**

## PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom :

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

Prénom :

Si oui, indiquez la date :

Nationalité :

Profession :

Date de naissance :

Sport pratiqué :

Adresse :

Niveau :

Etes-vous déjà venu au CERS: Oui Non

Si oui, quel était votre médecin au CERS :

Code postal :

Si non venu au CERS, merci de joindre :

Ville :

**- le compte rendu opératoire**

et/ou

Pays :

**- le compte rendu de la dernière consultation  
avec le chirurgien**

Tél domicile :

Numéro Sécurité Sociale :

Tél mobile :

Nom de la caisse Sécurité Sociale :

Email :

**Joindre l'attestation d'ouverture de droits  
et la copie de la carte mutuelle**

ATTENTION CETTE DEMANDE DE SEJOUR N'EST EN AUCUN CAS UNE RESERVATION.

# DEMANDE DE SÉJOUR

Nom:

Prénom:

Né(e) le :

## PARTIE A REMPLIR PAR LA CLINIQUE OU LE MEDECIN

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

### > Si opération

Date intervention:

Nom du chirurgien:

Type d'intervention:

Nom de la clinique:

Numéro téléphone:

Contact:

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, ...) ?      Oui      Non

### > Si non opéré ,

Motif  
d'hospitalisation:

*Cachet de la clinique / Médecin*

Date d'entrée souhaitée:

Nombre de jours d'hospitalisation souhaités:  
( 15j minimum, 3 semaines idéalement )

## > A REMPLIR POUR UN SEJOUR EN REATHLETISATION

### VOTRE SÉJOUR EN RÉATHLÉTISATION permettra :

- Une prise en charge pluridisciplinaire adaptée à votre évolution (médecin, kinésithérapeute, infirmière, préparateur physique) avec :
  - Un travail de la course (en fonction de votre évolution et du délai opératoire)
  - Des évaluations en début et en fin de séjour (suivant votre état et la durée de votre séjour) :
    - > un séjour trop court ne permettra pas de faire un programme complet

Actuellement, avez-vous repris 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

Avez-vous repris les compétitions 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 ANTECEDENTS MEDICAUX 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

Epilepsie 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 ? Oui Non

Si oui, lequel:	Posologie		
	Matin	Midi	Soir

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

Etes-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

## 5 - Renseignements COVID 19

Avez-vous été malade COVID-19 ? Oui Non Date du dernier test PCR positif:

Etes-vous vacciné contre la COVID-19 ? Oui Non

Date de la 1ère injection: de la 2ème injection:

**Veillez joindre le  
certificat de vaccination**