

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 :

Prénom :

Nationalité :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Tél domicile :

Tél mobile :

Email :

S'agit-il d'un accident du 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 :

Si non venu au CERS, merci de joindre :

- le compte rendu opératoire

et/ou

- le compte rendu de la dernière consultation
avec le chirurgien

Numéro Sécurité Sociale :

Nom de la caisse Sécurité Sociale :

**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.
VOTRE DOSSIER SERA SOUMIS A UNE COMMISSION MEDICALE.

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 pû 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:

Nom du médicament	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