

## Dossier de pré-admission

# La Grangéa et Epiona



Madame, Monsieur,

Vous souhaitez effectuer un séjour dans l'un de nos établissements spécialisés en santé mentale Mey Santé, **Epiona** à Pégomas (Hôpital de Jour) ou **La Grangéa** à Mougins (hospitalisation complète), et nous vous en remercions.

Cette notice d'information vous est destinée afin de vous aider à constituer votre dossier de pré-admission.

## ÉLÉMENTS À FOURNIR



- ☐ **PARTIE 1 : Dossier Médical de pré-admission, à faire rempli par votre médecin adresseur**
- ☐ **Photocopie des traitements en cours (psychiatrique et somatique)**
- ☐ **Photocopie du dernier bilan biologique (optionnel)**
- ☐ **Joindre les derniers comptes-rendus somatiques des précédents séjours (optionnel)**
- ☐ **PARTIE 2 : Dossier Administratif de pré-admission (2 pages), à remplir par le patient**
- ☐ **Photocopie de l'attestation de droits sociaux à jour**
- ☐ **Photocopie recto/verso de la carte de Mutuelle**
- ☐ **Photocopie d'une pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour)**
- ☐ **Jugement dans le cas de mesure de protection juridique.**

### **Pour Epiona seulement:**

- ☐ **Certificat d'aptitude à la pratique au sport, rempli par votre médecin adresseur**
- ☐ **Certificat médical d'admission et de compatibilité de prise en charge en groupe**

Votre dossier médical de pré-admission est examiné en commission d'admission et une réponse vous est apportée sous 24h (La Grangéa) ou 7 jours (Epiona).

### **Epiona – Hôpital de Jour en Santé Mentale**

2344 route de la Fènerie  
06580 Pégomas

Tél./Fax : 04.92.97.71.30 / 71.31  
Email : [contact@hdjEpiona.com](mailto:contact@hdjEpiona.com)  
Site : [www.meyssante.fr/Epiona](http://www.meyssante.fr/Epiona)



HÔPITAL DE JOUR EN SANTÉ MENTALE

### **La Grangéa – Clinique en Santé Mentale**

707 avenue de la Borde  
06250 Mougins

Tél./Fax : 04.93.75.79.00 / 04.92.28.51.90  
Email : [m-j.lopes@lagrangea.fr](mailto:m-j.lopes@lagrangea.fr)  
Site : [www.lagrangea.fr](http://www.lagrangea.fr)



CLINIQUE SPECIALISÉE EN SANTÉ MENTALE

# PARTIE 1

## DEMANDE D'HOSPITALISATION

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN ADRESSEUR  
(traitant ou psychiatrique)

Pour assurer une prise en charge optimale de votre patient(e) dans notre établissement, merci de :

- Joindre les ordonnances psychiatriques et somatiques des traitements en cours
- **Epiona seulement:** Remplir et joindre les certificats d'aptitude au sport, d'admission et de compatibilité de prise en charge en groupe.

Prise en charge souhaitée du patient au sein de:

- ☐ Epiona: Hospitalisation de jour
- ☐ La Grangéa: Hospitalisation complète

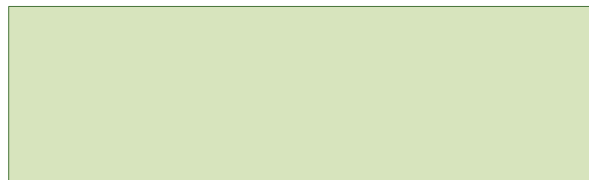
### Identité du patient

Nom : ..... Prénoms : .....  
Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

### Médecin demandeur et/ou établissement

Nom / Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Fax : .....  
Email MS Santé : .....  
Le patient a-t-il déjà bénéficié d'un suivi à La Grangéa ou Epiona?  
☐ La Grangéa  
☐ Epiona  
Date d'hospitalisation souhaitée: .....

Date, signature et cachet:



### Logement fixe

Logement fixe: ☐ Oui ☐ Non  
Si oui : ☐ Autonome ☐ Structure ☐ Chez un tiers ☐ Autre : .....  
Retour sur le lieu d'origine possible à la suite de l'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non

## Éléments psychiatriques

Motif d'hospitalisation : .....

Diagnostic principal : .....

Diagnostics secondaires : .....

Traitement actuel (joindre ordonnance) : .....

Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (joindre compte rendu d'hospitalisation) : .....

Addiction(s) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Cannabis  
☐ Cocaïne ☐ TCA ☐ Autre(s): .....

Patient sevré : ☐ Oui depuis le : ..... ☐ Non

Risque suicidaire : ☐ Oui ☐ Non

Antécédent de tentative de suicide : ☐ Oui le : ..... par : ..... ☐ Non

Risque de passage à l'acte hétéro agressif : ☐ Oui ☐ Non

## Éléments somatiques

Date de la dernière consultation chez votre médecin traitant : .....

Date du dernier bilan biologique (et le joindre) : .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

Allergie(s) : .....

Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....

Traitement en cours (joindre ordonnance) : .....

## Évaluation de l'autonomie

	Fait seul	Besoin de stimulation	Aide partielle	Aide totale
Déplacement				
Toilette				
Habillage				
Alimentation				

**Déplacement :** ☐ Canne / Béquille  
☐ Fauteuil roulant  
☐ Déambulateur  
☐ Autre : .....

**Toilette :** ☐ Bas de contention  
☐ Autre : .....

	Oui	Non
Présence de douleur(s) chronique(s)		
Risque de chute		
Prise en charge Kiné		
Oxygène		
Appareil apnée du sommeil		
Autre : .....		

**EPIONA SEULEMENT**  
**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON**  
**CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU SPORT**

**A REMPLIR PAR LE MÉDECIN ADRESSEUR (TRAITANT**  
**OU PSYCHIATRIQUE)**

Je soussigné(e),

Docteur .....

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr .....

Né(é) le : .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du sport de type marche, gym douce... à Epiona Hôpital de Jour à Pégomas.

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

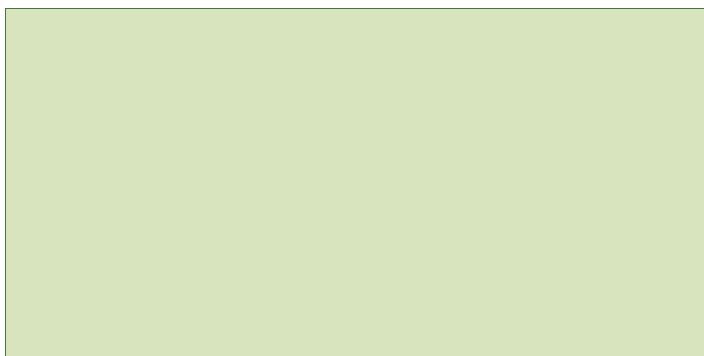
.....

.....

.....

Fait à ....., le .....

**Signature et cachet du médecin prescripteur**



**EPIONA SEULEMENT**  
**CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION**  
**et**  
**CERTIFICAT MÉDICAL DE COMPATIBILITE**  
**DE PRISE EN CHARGE EN GROUPE**

**A REMPLIR PAR LE MÉDECIN ADRESSEUR**  
**(traitant ou psychiatrique)**

Je soussigné(e),

Docteur .....

Certifie que l'état de santé de Mme, Mlle, Mr .....

Né(é) le : .....

Justifie son admission à l'hôpital de jour en santé mentale Epiona.

Et est compatible avec une prise en charge en groupe.

Motifs de l'entrée :

.....

.....

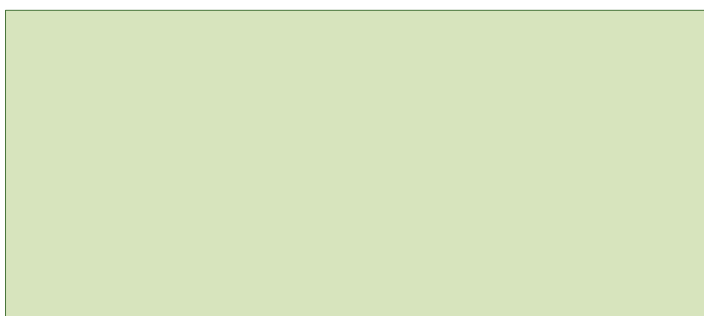
.....

.....

.....

Fait à ....., le .....

**Signature et cachet du médecin prescripteur**



## PARTIE 2

### DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRÉ-ADMISSION

À REMPLIR PAR LE PATIENT (2 pages)

Période souhaitée d'hospitalisation: .....

#### Identité du patient

Nom : ..... Prénoms : .....  
 Nom de naissance : ..... Nationalité : .....  
 Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 Situation familiale: ☐ Marié(e)- pacsé(e)- en union libre ☐ Célibataire  
☐ Veuf (ve) ☐ Séparé(e)-divorcé(e)  
 Adresse : .....  
 Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
 Email : .....  
 Profession : .....

#### Personnes à prévenir

Nom - Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

#### Position juridique

##### EN CAS DE TUTELLE/CURATELLE, MERCI DE PRÉCISER

Nom du tuteur ou curateur:.....  
 Adresse : .....  
 Tel. fixe : ..... Tel. portable.....

## Liste de professionnels de santé référents

Médecin traitant : .....

Médecin psychiatre : .....

Assistante sociale : .....

Autre (Psychologue, HDJ, CMP) : .....

## Prise en charge

Caisse de sécurité sociale ou organisme obligatoire : .....

.....

Numéro de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../...../...../.....

Mutuelle ou Organisme complémentaire (nom et adresse) : .....

.....

Numéro d'adhérent ou de contrat : .....

Téléphone de l'organisme : ..... Fax : .....

### Cadre réservé pour les patients de La Grangéa

**Psychiatre souhaitée :** ☐ Indifférent

☐ Dr RICQ

☐ Dr LALAM

☐ Dr VAN DEN BULKE

☐ Dr MESSAOUDI

**Chambre individuelle souhaitée:** ☐ Oui ☐ Non

Demande reçue le: .....	Date de validation: .....	Date d'admission : .....
Validation Médicale	Validation Paramédicale	Validation Direction



**EPIONA SEULEMENT**  
**VOS MOTIVATIONS / ATTENTES**  
**À REMPLIR PAR LE PATIENT**

**Raisons de la demande d'admission**

*Décrivez ci-dessous les principaux symptômes qui vous conduisent à faire cette demande, votre motivation et vos attentes vis-à-vis de la prise en charge.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Décrivez ci-dessous vos projets en sortie de votre hospitalisation (personnels, professionnels, relationnels, familiaux, amicaux, logement, activités...)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le .....

**Signature du patient ou représentant légal:**