

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

Site : www.meyante.fr/Epiona

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

Site : www.lagrangea.fr

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 :

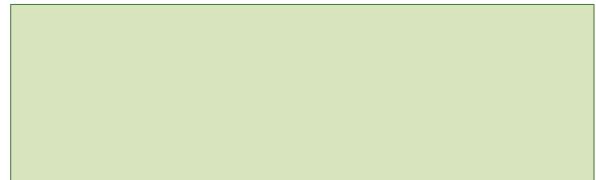
Le patient a-t-il déjà bénéficié d'un suivi à La Grangéa ou Epiona?

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 :

Traitements actuels (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

Trouble de stress post-traumatique : 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 :

Traitements en cours (joindre ordonnance) :

Évaluation de l'autonomie

	Fait seul	Besoin de stimulation	Aide partielle	Aide totale
Déplacement				
Toilette				
Habillement				
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(e) le :

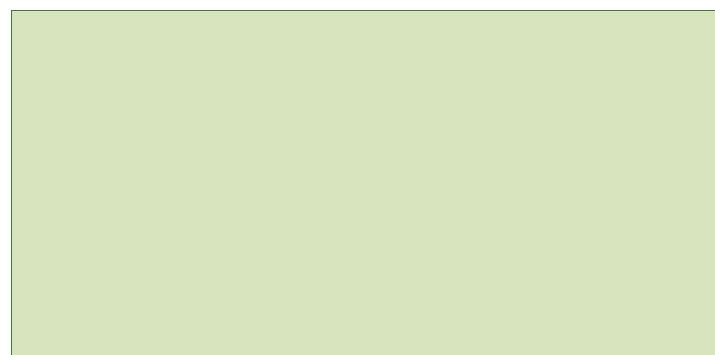
Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du sport de type marche, gym douce... à Epiona Hôpital de Jour à Pégomas.

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à, le

Signature et cachet du médecin prescripteur



EPIONA SEULEMENT
CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION
et
CERTIFICAT MÉDICAL DE COMPATIBILITÉ
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(e) le :

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

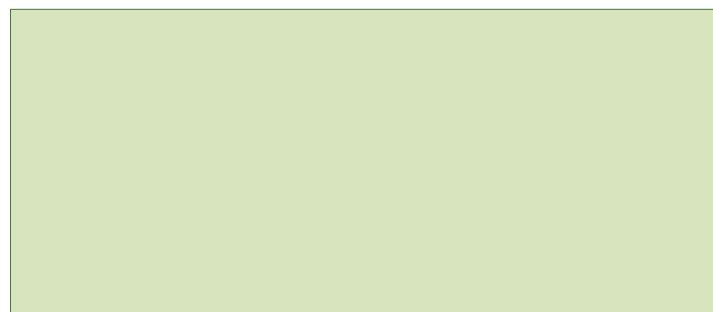
Et est compatible avec une prise en charge en groupe.

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:	<input type="checkbox"/> Marié(e)- pacsé(e)- en union libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> 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 : Indifferent

Dr RICQ Dr LALAM

Dr BEN AICHA 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:

