



Le dossier doit être dûment rempli par un Médecin puis adressé au service Admissions de la clinique
 - par mail : sec.medical@lagrangea.fr
 - par fax au 04.92.28.51.90
 - par courrier à Clinique LA GRANGEA – 707 avenue de la Borde – 06250 MOUGINS

Merci de nous communiquer tout changement dans la situation du patient

Etablissement et/ou médecin demandeur

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Email :

Provenance du patient : Domicile

Structure :

Le patient a-t-il déjà bénéficié d'un suivi à la Clinique LA GRANGEA : OUI NON

Date d'hospitalisation souhaitée :

Date de la demande :

Signature et Cachet :

Partie administrative

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone Portable :

Fixe :

Email :

Numéro de Sécurité sociale :

Organisme complémentaire de santé (mutuelle) :

Numéro d'adhérent :

Personne à prévenir :

Téléphone :

Situation de famille :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants :

A charge :

Age(s) :

Mesure de Protection : OUI NON

Si oui : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Autre :

Noms et coordonnées des personnes mandatées :

Téléphone :

Email :

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

Chambre individuelle souhaitée (supplément à partir de 50euros par nuit) OUI NON

Psychiatre souhaité :

Indifférent Dr CHAUVELIN Dr LEMIRE Dr RICQ Dr VAN DEN BULKE

Partie réservée à la Clinique LA GRANGEA

Demande reçue le :	Date de validation :	Date d'admission :
Validation médicale	Validation paramédicale	Validation direction

Partie médicale

Diagnostic principal : _____

Diagnostic(s) secondaire(s) : _____

Motif d'hospitalisation : _____

Addiction(s) : OUI NON

Si OUI : Alcool Tabac Cannabis Cocaïne Héroïne TCA Autre(s) :

Patient sévère : OUI depuis le _____ NON

Risque suicidaire : OUI NON

Antécédent de Tentative de suicide : OUI le : _____ par : _____ NON

Antécédents médicaux et chirurgicaux : _____

Allergie(s) : _____

Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

Traitement en cours : (joindre copie de l'ordonnance en cours)

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

Etat Clinique / Dépendance

Déplacement : Fait seul Besoin de stimulation Aide partielle Aide totale
 Canne/béquille Fauteuil roulant Déambulateur Autre :

Habillage/ Toilette : Fait seul Besoin de stimulation Aide partielle Aide totale
 Bas de contention Autre :

Alimentation : Fait seul Besoin de stimulation Aide partielle Aide totale

Respiratoire : Oxygène Appareil apnée du sommeil Autre :

Présence de douleur(s) chronique(s) : OUI : _____ NON

Risque de chute : OUI NON

Prise en charge Kiné : OUI NON

Médecin traitant : _____

Médecin psychiatre : _____

Assistante sociale : _____

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