

## Clinique spécialisée en Santé Mentale

707 avenue de la BORDE - 06250 Mougins

Tél : 04 93 75 79 00 - Fax : 04 92 28 51 90

Mail : [sec.medical@lagrangea.fr](mailto:sec.medical@lagrangea.fr)

## DEMANDE D'HOSPITALISATION

La clinique La Grangéa est un établissement spécialisé en santé mentale depuis plus de 60 ans, offrant des soins et un accompagnement personnalisé pluridisciplinaire aux adultes.

Elle propose une hospitalisation libre pour traiter divers troubles psychiques, tels que les troubles anxieux, les troubles du sommeil, les difficultés personnelles et professionnelles, les troubles de l'humeur et bien d'autres.

Chaque patient bénéficie d'un suivi médical individuel et d'un environnement adapté pour favoriser leur guérison et leur bien-être.



## PIÈCES À FOURNIR AVEC LE DOSSIER

Photocopie de l'**attestation de droits sociaux** à jour

Photocopie de la **carte de Mutuelle**

Photocopie du **traitement en cours** (psy et somatique)

Photocopie des résultats des **derniers bilans sanguins**

Photocopie d'**une pièce d'identité** (CNI, passeport, carte de séjour)

**Accord sécurité sociale** pour l'aller et le retour dans le cas d'un transport en VSL supérieur à 150km

### **Le jour de votre admission :**

Pièce d'identité

1 chèque de caution de 15€ (clé)

Jugement dans le cas de mesure de protection juridique

### MÉDECIN DEMANDEUR ET/OU ÉTABLISSEMENT

Nom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
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 :

### IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Fixe : ..... Email : .....  
Situation de famille :  
Célibataire      Marié(e)      Pacsé(e)      Concubin(e)      Séparé(e)      Divorcé(e)      Veuf(ve)

### ÉLÉMENTS PSYCHIATRIQUES

Motif d'hospitalisation : .....  
.....  
.....  
Diagnostic principal : .....  
Diagnostic secondaire : .....  
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (joindre compte rendu d'hospitalisation) : .....  
.....  
.....  
Addiction(s) :      Oui      Non  
Si oui :      Alcool      Tabac      Cannabis      Héroïne      TCA      Autre(s) : .....  
Patient sevré :      Oui, depuis le : .....      Non  
Risque suicidaire :      Oui      Non  
Antécédent de tentative de suicide :      Oui, le : ..... par : .....      Non

## ÉLÉMENTS SOMATIQUES

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

Allergie(s) : .....

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

Traitements en cours (joindre copie de l'ordonnance en cours) : .....

## ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

	Fait seul	Besoin de stimulation	Aide partielle	Aide totale	Autre
<b>Déplacement</b>					Canne /Béquille Fauteuil roulant Déambulateur .....
<b>Habillage/ Toilette</b>					Bas de contention .....
<b>Alimentation</b>					

<b>Respiratoire</b>		Oui	Non
Oxygène	Présence de douleur(s) chronique(s)		
Appareil Apnée du Sommeil	Risque de chute		
Autre : .....	Prise en charge Kiné		

## PARTIE À REMPLIR PAR LE PATIENT

### PRISE EN CHARGE

Numéro de sécurité sociale : .....

Organisme complémentaire de santé (mutuelle) : .....

Numéro d'adhérent : .....

### MESURE DE PROTECTION

Mesure de protection juridique :    Oui    Non

Si oui :    Tutelle    Curatelle    Sauvegarde de justice    Autre : .....

Noms et coordonnées des personnes mandatées : .....

Téléphone : ..... Email : .....

## LOGEMENT

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

## PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET SOCIAL

Médecin traitant : .....

Médecin Psychiatre : .....

Assistante Sociale : .....

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

## CHAMBRE

Chambre individuelle souhaitée :    Oui    Non

## PSYCHIATRE

Psychiatre souhaité :

Indifférent    Dr LEMIRE    Dr RICQ    Dr VAN DEN BULKE

## PARTIE RÉSERVÉE À LA CLINIQUE LA GRANGÉA

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