

Dossier de pré-admission

La Grangéa et Epiona

MeySanté

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).
Nous vous remercions de vous présenter le jour de votre admission sans être sous l'emprise de produits (alcool, drogue, etc.) Si votre état ne permet pas de vous accueillir dans des conditions de sécurité suffisantes, votre admission pourra être reportée ou refusée.

Epiona
HÔPITAL DE JOUR EN SANTÉ MENTALE

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.epiona.fr

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

La Grangéa
CLINIQUE SPECIALISÉE EN SANTÉ MENTALE

MeySanté

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
□ Epiona : réhabilitation psycho sociale (prise en charge individuelle)

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

MeySanté

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

Trouble de stress post-traumatique : ☐ Oui ☐ Non

Eléments 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) :……

……

……

MeySanté

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
HÔPITAL DE JOUR EN SANTÉ MENTALE

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
HÔPITAL DE JOUR EN SANTÉ MENTALE

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……..……

MeySanté

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 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
HÔPITAL DE JOUR EN SANTÉ MENTALE

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: