

Formulaire à retourner à secmed@ieaja-lyon.fr

Partie réservée à l'IEAJA	
Date de réception : ____/____/____	Date commission d'admission : ____/____/____
Décision <input type="checkbox"/> Admission	Date d'entrée : ____/____/____
<input type="checkbox"/> Refus	Proposition de réorientation : _____
<input type="checkbox"/> Courrier envoyé au médecin adresseur	
<input type="checkbox"/> Courrier envoyé au parent/ tuteur du patient ou au patient majeur	

Date de la demande : ____/____/____

Motif(s) : _____

PATIENT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Age : _____

N° de sécurité sociale : _____

ALD : _____

Médecin traitant NOM, Prénom : _____
Coordonnées : _____

Lieu de vie Domicile parental Foyer Famille d'accueil
 Autres (à préciser) :

Adresse : _____

Téléphone : _____

PRISES EN CHARGE MEDICALE - Données à renseigner par le médecin

Diagnostic et antécédent : _____

Y a-t-il déjà eu des consultations spécialisées ?

- Neuropédiatrie : _____
- Génétique : _____
- Psychiatrie : _____

Traitements médicamenteux en cours ? (Joindre l'ordonnance)

Allergie(s) connue(s) : _____

Le médecin traitant est-il informé du suivi et de la prise en charge ? OUI NON

CONTEXTE FAMILIAL - Données à renseigner par les parents

Parent NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Parent NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Situation familiale : Concubinage Mariés Divorcés/séparés

Aides éducatives Aide éducative (AEA), depuis le ____/____/____

Aide éducative en milieu ouvert (AEMO), depuis le ____/____/____

Autre(s) mesure(s) socio-éducativo-judiciaire(s) en cours : _____

Etablissement scolaire : _____ **Classe :** _____

Coordonnées du médecin demandeur :

Nom : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Cachet et signature