

MERCI D'ENVOYER LE FORMULAIRE A L'ADRESSE MAIL SUIVANTE : secmed@ieaja-lyon.fr

Partie réservée à l'IEAJA

Date de réception : ____/____/____ Date commission d'admission : ____/____/____

Décision Admission Date d'entrée : ____/____/____
 Refus Proposition de réorientation : _____
 Courrier envoyé au médecin adresseur
 Courrier envoyé au parent/ tuteur du patient ou au patient majeur

Date de la demande : ____/____/____

Motif(s) : _____

PATIENT

NOM : _____ Prénom : _____

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

Mineur Mineur émancipé Mineur protégé Capable majeur Majeur protégé

N° de sécurité sociale : _____

ALD : _____

Médecin traitant : NOM, Prénom : _____
Coordonnées : _____

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

Mode de vie : Chez les deux parents Seul avec enfant Dans la famille ou chez des proches
 Chez un seul parent En couple sans enfant En famille d'accueil ou en institution
 Seul En couple avec enfant

Adresse : _____ Stable
_____ Précaire
Téléphone : _____ Hôpital sans perception de logement à la sortie
Adresse mail : _____ Sans abri

PRISES EN CHARGE MEDICALE - Données à renseigner par le médecin

Diagnostics et antécédents : _____

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

Neuropédiatrie : _____
 Génétique : _____
 Psychiatrique : _____

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 : _____

Adresse mail : _____

Parent NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

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 :

Partenaire IEAJA : _____ Autres : _____

Nom : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Cachet et signature