

MERCI D'ENVOYER LE FORMULAIRE A L'ADRESSE A L'ADRESSE : secmed@ieaja-lyon.fr
CE FORMULAIRE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE ACCOMPAGNÉ DES DOCUMENTS DE LA CHECK LIST ASSOCIEE.

Partie réservée à l'IEAJA

Date de réception : _____ / _____ / _____

Date commission d'admission : _____ / _____ / _____

Décision Admission Refus

Date d'entrée : _____ / _____ / _____

Proposition de réorientation : _____

- Courier envoyé au médecin adresseur
 Courier envoyé au parent/ tuteur du patient ou au patient majeur

Date de la demande : _____ / _____ / _____

Motif(s) : _____

Type d'hospitalisation souhaitée : **Hospitalisation complète** **Hospitalisation de jour**

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 (adresse, e-mail, téléphone) : _____

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

Hôpital sans perception de logement à la sortie

Sans abri

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

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 :** _____

PEC-ANN-002-a

Coordonnées du médecin demandeur :

Partenaire IEAJA : _____ Autres : _____

Nom : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Cachet et signature