

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

Partie réservée à l'IEAJA	
Date de réception : ____/____/____	Date commission d'admission : ____/____/____
Décision <input type="checkbox"/> Admission <input type="checkbox"/> Refus	Date d'entrée : ____/____/____ 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) : _____

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 :

<input type="checkbox"/> Chez les deux parents	<input type="checkbox"/> Seul avec enfant	<input type="checkbox"/> Dans la famille ou chez des proches
<input type="checkbox"/> Chez un seul parent	<input type="checkbox"/> En couple sans enfant	<input type="checkbox"/> En famille d'accueil ou en institution
<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> 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 : _____

Établissement scolaire : _____ **Classe :** _____

PEC-ANIN-002-a

Coordonnées du médecin demandeur :

☐ Partenaire IEAJA : _____ ☐ Autres : _____

Nom : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Cachet et signature