

**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 ☐ 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) : _____

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
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

Pour les personnes majeures :

Le sujet des directives anticipées a déjà été abordé avec le patient ? ☐ OUI ☐ NON

Le patient a déjà rédigé des directives anticipées ? ☐ 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