

MERCI D'ENVOYER LE FORMULAIRE SUR LA PAGE DE DEPOT BLUEFILES :

<https://bluefiles.com/gie-santea/secretariat-medical>

CE FORMULAIRE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE ACCOMPAGNE DES DOCUMENTS DE LA CHECK LIST ASSOCIEE.

Partie réservée à l'IEAJA	
Date de réception : ____/____/____	Documents scannés : ____/____/____
<input type="checkbox"/> Admission	Premier contact : ____/____/____
Décision	Deuxième contact : ____/____/____ Absence retour patient : <input type="checkbox"/> Refus
<input type="checkbox"/> Refus	Motif de refus : _____
	Proposition de réorientation : _____

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 :	<input type="checkbox"/> Concubinage	<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Divorcés/séparés
Aides éducatives	<input type="checkbox"/> Aide éducative (AEA), depuis le ____/____/____		
	<input type="checkbox"/> Aide éducative en milieu ouvert (AEMO), depuis le ____/____/____		
	<input type="checkbox"/> Autre(s) mesure(s) socio-éducativo-judiciaire(s) en cours : _____		
Établissement scolaire :	_____	Classe :	_____

Coordonnées du médecin demandeur :

Partenaire IEAJA : _____ Autres : _____

Nom : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Cachet et signature
