

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

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

POUR ETRE PRIS EN COMPTE, CE FORMULAIRE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE ACCOMPAGNE :

- **DES DOCUMENTS DE LA CHECK LIST ASSOCIEE**
- **D'UN COURRIER D'ADRESSAGE DU MEDECIN ADRESSEUR.**

Partie réservée à l'IEAJA

Date de réception : ____/____/____

Documents scannés : ____/____/____

Décision

☐ Admission
Premier contact : ____/____/____
Deuxième contact : ____/____/____ Absence retour patient : ☐ Refus

☐ Refus
Motif de refus : _____
Proposition de réorientation : _____

Date de la demande : ____/____/____

Motif(s) : _____

Patient connu de l'IEAJA :

☐ Oui

☐ Non

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 : _____

NOM, Prénom : _____

Médecin traitant :

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

Téléphone : _____

☐ Précaire

☐ 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 : _____

☐ Psychiatrie : _____

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 :

Établissement scolaire : _____ **Classe :** _____

Coordonnées du médecin demandeur :

☐ Partenaire IEAJA : _____ ☐ Autres : _____

Nom : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Cachet et signature