

MERCI D'ENVOYER LE FORMULAIRE A L'ADRESSE MAIL SUIVANTE : secmed@ieaja-lyon.fr

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) : _____

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 : _____

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
 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 : _____

Parent

NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

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 :

Nom : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Cachet et signature