

**Dossier médical de demande d'admission**  
**en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)**  
*A adresser sous pli « confidentiel » à l'attention du médecin coordinateur des ACT*

**Date :**

<b>MEDECIN :</b>	Nom et Prénom du médecin demandeur :	
	Etablissement :	
	Service :	
	Téléphone :	Mail :
	Adresse postale :	

<b><u>Identité du demandeur :</u></b>	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance :	
Adresse actuelle :	
Téléphone :	Mail :

### Environnement médical :

Médecin traitant :

Etablissement hospitalier référent :

Médecin hospitalier référent :

Service :

Autre(s) intervenant(s) (médicaux/psychologiques) :

### **Données médicales :**

**Pathologie(s) motivant la demande (pathologie principale et associée) :**

Pathologie(s)			
Date de découverte			
Evolutive/ Stabilisée			
Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques) <i>Joindre courrier et derniers résultats biologiques</i>			
Traitements  <i>Joindre la dernière ordonnance</i>			

## Si VIH

Stade CDC :

- Maladies opportunistes :  OUI  NON

*Si OUI, Lesquelles :*

- ✓  évolutive :  OUI  NON
- ✓  évolutive :  OUI  NON
- ✓  évolutive :  OUI  NON

- Bilan immunovirologique :

- ✓ Date dernier bilan :
- ✓ Taux de CD4 :
- ✓ Charge virale :

## Si Hépatite :

Hépatite B  DNA Viral :  +  -

- Hépatite C  PCR :  +  - Génotype :
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :
- Traitement :

## Troubles psychiques et/ou pathologies psychiatriques :

OUI  NON

*Si OUI lesquels :*

*Patient stabilisé :*  OUI  NON

- Traitement médical prescrit :  OUI  NON

*Si OUI, lesquels :*

- Suivi psychothérapique :  OUI  NON

*Si OUI : nom du professionnel :*

- Nombre de tentatives de suicide :

## Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Médicaux :

Chirurgicaux :

## Conduites addictives :

### Alcool

Non consommateur primaire

☐

En Usage

☐

En usage à risque

☐

En usage nocif

☐

Dépendant

☐

Non consommateur Secondaire (*abstinent*)

☐

Depuis quand :

Nombre de sevrage(s) alcool antérieur(s) :

Date(s) (*précisez si hospitalier et/ou ambulatoire*)

Tabac : **OUI**

**NON**

Nombre de cigarettes jour :

Souhait d'arrêter ?

Pourquoi ?

Traitements en cours tabac :

### Autres toxiques

PRODUIT	ÂGE 1er usage	NOMBRE d'années d'utilisation	FREQUENCE	MODE de prise principal	SUBSTITUTION - (oui/non) - par quel produit. - date de démarrage et d'arrêt

Autres addictions :

si oui, quel type d'usage ?

Jeu d'argent et de hasard :

Cyberdépendance :

Sexe :

Troubles du comportement alimentaire :

Autres (travail, sport...) :

### Antécédents gynécologiques et MST :

Grossesse en cours :

Contraception hormonale :  Sans contraception

Problèmes gynécologiques :

Autres :

MST :

### Autres pathologies et / ou traitements en cours

### Autonomie

Indice de Karnofsky :

#### INDEX DE KARNOFSKY

Définition	%	Critères
Capable de mener une activité normale et de travailler ; pas besoin de soins particuliers	100	Normal ; pas de plaintes ; pas d'évidence de maladie
	90	Capable d'une activité normale ; signes ou symptômes mineurs en relation avec la maladie
	80	Activité normale avec effort ; signes ou symptômes de la maladie
Incapable de travailler ; capable de vivre à domicile et de subvenir à la plupart de ses besoins	70	Capacité de subvenir à ses besoins ; incapable d'avoir une activité normale et professionnelle active
	60	Requiert une assistance occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins
	50	Requiert une assistance et des soins médicaux fréquents
Incapable de subvenir à ses besoins ; requiert un équivalent de soins institutionnels ou hospitaliers	40	Invalide ; requiert des soins et une assistance importants
	30	Sévèrement invalide ; hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent
	20	Extrêmement malade ; hospitalisation nécessaire ; traitement actif de soutien nécessaire
	10	Mourant ; mort imminente
	0	Décédé

Karnofsky D. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Columbia University Press, New-York 1949 :191-205

**Déficiences retentissant sur l'autonomie ?**

- |                                     |                              |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| • Déficit moteur                    | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/>     | important <input type="checkbox"/> |
| • Déficit des fonctions supérieures | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/>     | important <input type="checkbox"/> |
| • Fauteuil roulant                  | non <input type="checkbox"/> | temporaire <input type="checkbox"/> | permanent <input type="checkbox"/> |
| • Déambulateur, cannes              | non <input type="checkbox"/> | temporaire <input type="checkbox"/> | permanent <input type="checkbox"/> |

**Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?**

- |  |                              |                                     |                                     |
|--|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| • Aide à la toilette   | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| • A la prise du traitement   | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| • A la prise des repas   | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| • Autre, précisez (aide(s) aux actes de la vie quotidienne : préparation culinaire/utilisation de l'électroménager / base(s) hygiène corporelle et des locaux) : |                              |                                     |                                     |

**Nécessité d'un accompagnement spécifique :**

non ☐ soins infirmiers à domicile ☐ HAD ☐ (libéral, SSIAD)

**Commentaires (rapport médical)**

**Document(s) impératif(s) en complément du dossier médical :**

- Dossier social de demande d'admission, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure, associé à la photocopie du carnet de santé
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur
- Une lettre de motivation du demandeur.

**Signature et Cachet du médecin.**