

DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)

(À adresser par voie postale sous pli confidentiel avec le dossier social
à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT)

MEDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE NOM : TEL :	TAMPON
---	---------------

Identité du patient	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Téléphone :	Médecin traitant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours

Données médicales

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LA COPIE DES COURRIERS MÉDICAUX RÉCENTS
(moins de 6 mois)**

Pathologie chronique somatique motivant la demande d'admission en ACT :

.....

Stade :

Autres pathologies associées :

.....

☐ **Troubles psychiques/ psychiatriques** La(les) quelle(s) :
Suivi : ☐ oui ☐ non Service ou médecin réfèrent :

☐ **Conduites addictives** La(les) quelle(s) :
Suivi : ☐ oui ☐ non Service ou médecin réfèrent :

Grossesse en cours : ☐ **oui** ☐ **non**

Antécédents médicaux notables :

.....

Traitement : JOINDRE IMPERATIVEMENT L'ENSEMBLE DES ORDONNANCES EN COURS.

Besoins d'aide à l'observance :

.....
.....

Perspectives thérapeutiques :

.....
.....
.....
.....

Autonomie

- ☐ Déficit cognitif :
- ☐ Déficit moteur :

A besoin d'être aidé(e) dans les actes de la vie quotidienne :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Courses | <input type="checkbox"/> Préparation des repas | <input type="checkbox"/> Prise des repas |
| <input type="checkbox"/> Hygiène personnelle / habillage | | <input type="checkbox"/> Ménage |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : | | |

Besoins en accompagnement :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accès aux soins | <input type="checkbox"/> Coordination des soins |
| <input type="checkbox"/> Compréhension de la maladie | <input type="checkbox"/> Compréhension du traitement |
| <input type="checkbox"/> Equilibre alimentaire | <input type="checkbox"/> Autres(s) : |

Autres informations :

.....
.....
.....
.....
.....

Signature :

Date : / / 20