

DOSSIER DE DEMANDE DE COORDINATION THERAPEUTIQUE A DOMICILE

L'équipe des ACT propose de suivre, sur le plan médical et social, dans le cadre d'une coordination médico-sociale, des personnes souffrant de pathologie(s) chronique(s) ou nécessitant un traitement long.

Le but est de mener la personne vers l'autonomie dans la gestion des soins, l'observance des traitements et des suivis médicaux. Notre équipe propose également un accompagnement social et éducatif, afin de stabiliser la situation administrative et sociale de la personne malade pour favoriser l'insertion

A retourner à l'adresse mail :

coordinationdesact@gmail.com

Où par courrier à :

ACT SOS Hépatites Champagne Ardenne
19 bis rue du petit bois
08000 Charleville-Mézières

En application du RGPD et de la loi Informatique et Libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant. Le responsable du traitement est SOS Hépatites Champagne Ardenne. Le traitement a pour finalité la gestion des demandes d'entrée en ACT. Vous avez le droit d'accès et de traitement pour lequel nous collectons. Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans et seront ensuite détruites.

Demande de suivi de Coordination Thérapeutique a domicile

Je soussigné(e)¹ _____

Né (e) le _____ à _____

Demeurant² :

Demande l'examen de ma candidature en vue d'un éventuel suivi par le service d'Accompagnement à Domicile des ACT 08

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure et autorise le traitement et la conservation des données pour la durée indiquée.

Fait à _____ Le _____

Signature

¹ Nom du demandeur

² Adresse complète du demandeur

Volet social de la demande de coordination thérapeutique à domicile

<u>Etablissement instruisant la demande :</u>	
<u>Nom et qualité du travailleur social :</u>	
<u>Coordonnées :</u>	

Etat civil du (des demandeurs)

	M/Mme	M/Mme
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Nationalité		
CNI/titre de séjour/APS		
Si titre de séjour autorisation de travailler ? (oui/non)		
Tutelle/curatelle		

Etat civil du (des) enfants

Nom-Prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s) précisez
			Oui	non	

Logement/Hébergement actuel

	Mr/Mme	Mr/Mme
Type de logement ou d'hébergement		
Coordonnées		

Ressources

Nature (AAH, RSA, Salaire...)	Mr/Mme (+ montant)	Mr/Mme (+ montant)
Total		

Charges et dettes

Nature	Mr/Mme (+ montant)	Mr/Mme (+ montant)
Total		
Dettes éventuelles		

Couverture sociale

	Mr/Mme	Mr/Mme
Base (régime général, CSS...)		
mutuelle		
100% ALD		
AME		

Autre(s) intervenant(s) :

Nom/Prénom	Fonction	Coordonnées

Evaluation sociale à joindre, en précisant tous les éléments utiles à la demande d'admission tel que la capacité à vivre seul et les projets éventuels à court et/ou moyen terme. Si la personne demandeuse le souhaite elle peut joindre à la demande une lettre de motivation

Evaluation autonomie

	Autonome	Besoin d'aide	Ne fais pas
Communiquer/alerter			
Utiliser un téléphone/ une alerte			
Repères spatio-temporels			
Entretien du logement			
Entretien du linge			
Hygiène corporelle			
Faire ses courses			
Hygiène alimentaire (rythme, équilibre, préparation des repas)			
Vivre seul en logement autonome			
Gestion du budget			
Gestion des courriers (ouverture, compréhension, classement...)			
Gestion des RDV (planifier, s'y rendre, compréhension...)			
Réalisation des démarches administratives (DTR, renouvellement divers...)			
<u>Gestion de la langue française :</u>			
Parler			
Comprendre			
Lire			
Ecrire			

Signature du professionnel instruisant la demande :

Rapport social

Lettre de motivation de la personne faisant la demande

(Facultatif)

Volet médical de la demande de coordination thérapeutique à domicile

A remplir par le médecin traitant ou le médecin spécialiste réalisant le suivi de la pathologie chronique motivant la demande

Merci de joindre à la demande un bilan sanguin complet (Hématologie, glycémie et Hb1ac, bilan lipidique, bilan rénal, bilan hépatique, sérologie VIH/VHC/VHB)

Identité du patient et date de naissance :

Médecin traitant et coordonnées :

Médecin spécialiste et coordonnées :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergies connues (a préciser) :

Régime alimentaire particulier :

Pathologie(s) chronique motivant la demande :

Traitements en cours

Conduites addictives :

☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Héroïne ☐ Cocaïne ☐ Médicaments ☐ Jeux ☐ Autres (à préciser) :

Troubles psychiatriques : ☐ oui ☐ non

Preciser la pathologie psychiatrique et le suivi :

<u>Aide technique et matérielle</u>	Oui	Non	A Prévoir
Fauteuil roulant			
Béquilles			
Déambulateur			
Lit médicalisé			
Matelas anti escarre			
Prothèses			
Orthèse			
Pace maker			
Autre : (a préciser) :			

Soins techniques (à préciser) :

Sérologies :

VIH :

VHC :

VHB :

Autres :

Vaccination obligatoire à jour :

oui non

Vaccination à prévoir :

Vaccination Covid :

Evaluation autonomie

	Autonome	Besoin d'aide	Ne fais pas
Prendre ses rendez-vous médicaux			
Se rendre aux rendez-vous médicaux			
Observance du traitement			
Exprimer une demande de soins			
Hygiène alimentaire (rythme, équilibre)			
Utiliser et mobiliser les différents systèmes de santé			
S'habiller			
Hygiène corporelle			
Elimination			
Transferts			
Déplacements intérieurs			
Déplacement extérieurs			
Monter des escaliers			
Communiquer/alerter			
Repères spatio-temporels			
Vivre seul en logement autonome			

Une dégradation de l'autonomie est-elle à prévoir ?

☐ Oui (préciser)

☐ non

Signature et cachet du médecin à l'origine de la demande :