



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 :