

MODALITÉS D'ADMISSION en Appartement de Coordination Thérapeutique

Dossier de demande d'admission renseigné et accompagné

- D'un rapport social
- De la demande de renseignements administratifs (joindre les justificatifs de couverture médicale et d'identité)
- D'un questionnaire médical à compléter par un médecin qui le renverra à l'attention du médecin coordinateur Dr Benoit BERTRAND DESBRUNAIS sous PLI CONFIDENTIEL. Le questionnaire n'est accessible qu'au seul médecin coordinateur, garant du secret médical et avec l'accord écrit du demandeur (formulaire autorisation d'envoi à joindre au questionnaire médical).

Tous ces éléments sont à renvoyer à :

Groupe SOS Solidarités - ACT
76 rue Marcel Sembat
33 130 Bègles

Etude de recevabilité de la demande en commission d'admission

Rappel des principaux critères retenus pour statuer sur la recevabilité d'une demande d'admission en ACT :

- Être majeur, seul, en couple ou personne isolée avec enfant(s).
- Pathologie somatique chronique et/ou invalidante nécessitant un accompagnement et coordination pour la mise en place et/ou maintien des démarches de santé.
- Précarité sociale : absence de logement, logement inadapté, en cours d'expulsion, endettement, faible niveau de revenus, isolement, ...
- Besoin d'un accompagnement médico-social global.
- Personne en capacité de prendre des décisions permettant d'assurer sa sécurité dans un milieu de vie ordinaire.

Concernant la situation administrative, notre service pratique un accueil inconditionnel, sans exigence préalable ni condition.

Entretien de préadmission

Avec la personne bénéficiaire, deux professionnels de l'équipe des ACT Bordeaux, si la demande d'admission est jugée recevable et qu'une place se libère.

Décision finale en commission d'admission

- Synthèse de la situation et Evaluation de la situation présentée
- Prise de décision relative à l'admission ou non du résident

La commission d'admission se réunit une fois par mois. Au-delà de 2 mois écoulés après la date de réception du dossier de demande d'admission, tout dossier incomplet, malgré les relances des membres de la commission, sera classé sans suite.

Dossier social de demande d'admission en ACT

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion » (extrait du décret 2002-1227 du 3 octobre 2002).

Comme le prévoit le décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des « appartements de coordination thérapeutique », les Appartements de Coordination Thérapeutique peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement.

Etablissement instruisant la demande :	
Nom et qualité du travailleur social :	
Coordonnées (téléphone et adresse postale) :	

Place en hébergement à Bordeaux / Libourne

Places sans hébergement , Hors les murs (HLM) : oui non

Etat civil du demandeur

	M. Mme Mlle	Co-demandeur ou Accompagnant
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation de famille		
Nationalité		
Pièce d'identité Validité et nature (CNI, Titre de séjour, APS,...)		
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	Oui Non	Oui Non
Tutelle / curatelle		
N° de téléphone		

Etat civil 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

	M. Mme Mlle	Co-demandeur ou Accompagnant
Type de logement / hébergement		
<u>Facultatif</u> : Coordonnées		

Ressources

Nature (A.A.H., R.S.A., salaire,...)	M. Mme Mlle	Co-demandeur ou Accompagnant
	Montant	Montant
Total		

Charges

Nature	M. Mme Mlle	Co-demandeur ou Accompagnant
	Montant	Montant
Total		
Dettes éventuelles		

Couverture sociale

	M. Mme Mlle	Co-demandeur ou Accompagnant
Base (régime général, C.M.U.)		
C.M.U. Complémentaire Mutuelle		
100 % A.L.D.		
AME		

Autre(s) intervenant(s)

--	--

Evaluation sociale à joindre

Précisez tous les éléments utiles à la demande d'admission tels que la capacité à vivre seul et les éventuels projets à court et/ou moyen terme.

Signature du professionnel instruisant la demande :

Autorisation d'envoi du questionnaire médical

Je soussigné(e), Mme / M. domicilié(e)

.....

Autorise N'autorise pas

mon médecin traitant à transmettre au médecin des A.C.T., les renseignements médicaux concernant mon état de santé.

Fait à, le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Éléments de complexité / Besoins de coordination du parcours de soin identifiés :

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

Si pathologie cancéreuse :

Date du diagnostic :

Type de cancer :

Localisations secondaires : oui non

Si oui :

Traitement en cours :
.....

Si VIH :

Date de découverte de la séropositivité VIH :

Traitement :

Dernier bilan immun virologique :

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

Si Tuberculose :

Infection évolutive : oui non

Siège de l'infection :

Date du traitement :

Si VHC :

Infection évolutive : oui non

Si traitement, date du traitement :

Autonomie et besoins actuels

Dyspnée oui non
 Oxygénothérapie oui non
 Kinésithérapie oui non
 Soins infirmiers oui non

Si soins infirmiers, quel type ?

Nursing :

	Seul	Avec aide	Dépendance totale
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonde gastrique

Locomotion :

Fauteuil oui non
 - si oui, transfert autonome oui non
 Déplacement autonome oui non
 - monte escalier oui non
 - béquilles oui non
 - déambulateur oui non

Comportement :

Lucide Confus Agité Dépressif Agressif

Intermittent Permanent

**A retourner avec la mention « confidentiel »
à l'attention du Dr Benoit BERTRAND DESBRUNAIS**

ACT – 76 rue Marcel Sembat 33 130 Bègles

**Date, signature et cachet lisible du
médecin**

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ENSEMBLE DES COMPTES RENDUS
D'HOSPITALISATIONS ET DE CONSULTATIONS AINSI QUE LA DERNIERE
ORDONNANCE DES TRAITEMENTS**

Les dossiers incomplets ne seront pas traités.