

Dossier médical type de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

Version mise à jour en Mars 2006

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT

Nom du médecin demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**Identité du candidat à l'ACT :**

➤ Nom : \_\_\_\_\_ ➤ Sexe : Masculin  Féminin   
➤ Prénom : \_\_\_\_\_ ➤ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
➤ Age : \_\_\_\_\_

*Réservé au service ACT*

N° de dossier:.....

Avis motivé :

.....

**Environnement médical :**

➤ Hôpital référent : \_\_\_\_\_  
➤ Service : \_\_\_\_\_  
➤ Médecin référent : \_\_\_\_\_  
➤ Médecin de ville : \_\_\_\_\_

**DONNEES MEDICALES**

**Pathologie(s) motivant la demande :**

VIH  non  oui  
Autre(s)  non  oui , laquelle (lesquelles).....

**Si pathologie VIH :**

➤ Date de découverte de la séropositivité VIH : ..... ➤ Stade CDC :.....  
➤ Maladies opportunistes : ..... oui  non   
si oui, lesquelles :  
- ..... évolutive : oui  non   
- ..... évolutive : oui  non   
- ..... évolutive : oui  non   
➤ Bilan immunovirologique :  
- date du dernier bilan : ..... - taux de CD4 :..... - charge virale : .....

**Si pathologie non VIH :**

➤ Date de début (découverte) de la maladie : .....  
➤ Évolutive  :..... ➤ Stabilisée  :.....  
➤ Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)  
.....  
.....  
.....

**Traitements :**

En cours: .....  
.....

## Pathologie(s) associée(s)

### ➤ Hépatites :

- hépatite B                       DNA Viral :  +     -
- hépatite C                       PCR :                       +     -                      Génotype : .....
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats : .....
- traitements ? .....

### ➤ Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique

- si oui,                      - traitement médical prescrit                      oui  non
- préciser la nature du traitement : .....
- suivi psychothérapeutique                      oui  non

### ➤ Conduites addictives / Alcool

- oui  non
- si oui, préciser lesquelles : .....
- type de substitution : ..... depuis quand ? : .....
- suivi en centre spécialisé : oui  non  / en médecine de ville : oui  non

### ➤ Autres (HTA, IRC, diabète, épilepsie, cancer, maladie alcoolique du foie, BPCO...) oui non

- si oui, préciser lesquelles : .....
- .....
- .....
- .....

## Autonomie

### ➤ Indice de Karnofsky : .....

### ➤ Déficience retentissant sur l'autonomie ?

- déficit moteur                      non  modéré                       important
- déficit des fonctions supérieures                      non  modéré                       important
- fauteuil roulant                      non  temporaire                       permanent
- déambulateur / cannes                      non  temporaire                       permanent

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

- à la toilette                      non  ponctuelle                       permanente
- à la prise du traitement                      non  ponctuelle                       permanente
- à la prise des repas                      non  ponctuelle                       permanente
- autre                      Si oui, préciser : .....

## Nécessité de prise en charge spécifique

- Non                       Soins à domicile                       Hospitalisation à domicile

## Commentaires : (grossesse, observance du traitement, état général...)

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

**Joindre un rapport médical, si possible ++**

Date, signature et cachet du médecin