

Dossier médical

de demande d'admission

en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

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

Établissement instruisant la demande		<i>Réservé au service ACT N°</i>
Nom du médecin traitant ou demandeur		Date réception Date réponse
Coordonnées		Avis de l'équipe

État civil du demandeur	M. / Mme / Mlle*
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	

Environnement médical :

Hôpital référent	
Service	
Date de dernière hospitalisation	
Médecin référent	
Médecin traitant	

DONNEES MEDICALES

Pathologie(s) motivant la demande :

VIH oui ☐ non ☐

Autre(s) oui ☐ non ☐

Si 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 (antirétroviral ou autre au moment de la candidature) :

Sans traitement ☐

➤ **Bi thérapie** ☐

➤ **Tri thérapie** ☐

➤ **Quadri thérapie** ☐

➤ **Autre (préciser)** ☐

.....

.....

Pathologie(s) associée(s)

Hépatites :

- hépatite B ☐ DNA Viral : ☐ + ☐ -

- hépatite C ☐ PCR : ☐ + ☐ - Génotype :

- Autre ? laquelle :

- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :

- traitements ?

Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique oui ☐ non ☐ lequel :

Si oui, - traitement médical prescrit oui ☐ non ☐

- préciser la nature du traitement :

.....

- suivi psychothérapique oui ☐ non ☐

Conduites addictives / Alcooloui ☐ 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 et traitements prescrits :

.....

.....

.....

.....

Autonomie**Indice de Karnofsky :****Déficiences retentissant sur l'autonomie ?**

- déficit moteur non ☐ modéré ☐ important ☐ lequel :
- déficit des fonctions supérieures non ☐ modéré ☐ important ☐ lesquelles :
- 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**