

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 <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
➤ 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
si oui, lesquelles :	
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
➤ Bilan immunovirologique :	
- date du dernier bilan :	- taux de CD4 :..... - charge virale :

Si pathologie non VIH :

➤ Date de début (découverte) de la maladie :	
➤ Évolutive <input type="checkbox"/> :.....	➤ Stabilisée <input type="checkbox"/> :.....
➤ Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)	
.....	
.....	
.....	

Traitements :

En cours:
.....

