



Appartements
de Coordination
Thérapeutique

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

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



Merci de joindre tout élément médical pertinent pour étayer le dossier :

- . Ordonnances
- . Comptes rendus de consultations et/ou d'hospitalisations
- . Résultats d'examens complémentaires...

Nom du médecin demandeur :

. Si Praticien Hospitalier

– Hôpital :

– Service :

. Coordonnées





Identité du candidat

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : Masculin Féminin

Pathologie(s) motivant la demande

Nature/diagnostic(s) & date de début/découverte :

➤ Pathologie(s) évolutive(s)

➤ Pathologie(s) stabilisée(s)

➤ **Principaux éléments** (anamnèse, clinique, résultats d'examens complémentaires,...) :

Pathologies somatiques associées

Pathologies psychiatriques et addictions

➤ **Trouble(s) psychique(s)** Oui Non

Si oui, préciser le(s)quel(s) : _____

– Suivi psychothérapeutique Oui Non

– Thérapeute (coordonnées) :

➤ **Pathologie(s) psychiatrique(s)** Oui Non

Si oui, préciser la(es)quelle(s) : _____

– Traitement médical prescrit Oui Non

– Nature (entourer) : *Antidépresseur* – *Anxiolytique* – *Hypnotique* – *Antipsychotique*

– Suivi psychiatrique Oui Non

– Thérapeute référent/Lieu de soins (coordonnées) :

➤ **Conduite(s) addictive(s)** (alcool, tabac, cannabis,...) Oui Non

Si oui, préciser la(es)quelle(s) : _____

– Type de substitution(s) : Depuis ?

– Suivi en centre spécialisé : Oui (Nom/Lieu: _____) Non

– Suivi en médecine de ville : Oui (Nom/Lieu: _____) Non

Autonomie/Indépendance

➤ Indice de Karnofsky :

➤ Déficience(s)

- déficit moteur non modéré important
- déficit cognitif non modéré important

➤ Matériel

- cannes non temporaire permanent
- déambulateur non temporaire permanent
- fauteuil roulant non temporaire permanent
- Autre(s) :

➤ Nécessité de l'aide d'un tiers pour les activités de la vie quotidienne ?

- à la toilette non ponctuelle permanente
- à l'habillage non ponctuelle permanente
- à la prise du traitement non ponctuelle permanente
- à la prise des repas non ponctuelle permanente
- aux courses non ponctuelle permanente
- au ménage non ponctuelle permanente
- Autre(s) :

➤ Nécessité d'un logement adapté aux personnes à mobilité réduite ?

- Oui Non

Traitements/Accompagnement paramédical

➤ Ensemble des traitements médicamenteux (Nom commercial ou DCI) :

Facultatif si ordonnances jointes au dossier

➤ Prise en charge paramédicale indiquée (IDE, Kinésithérapie,...) : oui non

Si oui, préciser :

- *quel type de soins et quelle fréquence :*

- *coordonnées éventuelles :*

➤ Prestataires de santé à domicile indiqués oui non

Si oui, préciser :

- *quel type de prestations :*

- *nom/contact/coordonnées éventuels :*

➤ Hospitalisation à domicile indiquée ? oui non

Si oui :

- en cours ? oui non

Si non :

- service HAD déjà sollicité ? oui non

Environnement médical

Si différent du médecin demandeur :

- Hôpital référent :
- Service :
- Médecin hospitalier référent :
- Médecin traitant :

Commentaires complémentaires éventuels :

Cachet et signature du médecin

Date :...../...../.....