

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

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

Date : \_\_\_\_\_

Nom du médecin demandeur : \_\_\_\_\_ 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 : | ➤ Date de dernière hospitalisation : |
| ➤ Service :          |                                      |
| ➤ Médecin référent : |                                      |
| ➤ Médecin de ville : |                                      |

## 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 <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 : .....



**Autonomie**

➤ \_ Indice de Karnofsky : .....

➤ \_ Déficience retentissant sur l'autonomie ?

- déficit moteur	non <input type="checkbox"/>	modéré <input type="checkbox"/>	important <input type="checkbox"/>	lequel : .....
- déficit des fonctions supérieures	non <input type="checkbox"/>	modéré <input type="checkbox"/>	important <input type="checkbox"/>	lesquelles: .....
- fauteuil roulant	non <input type="checkbox"/>	temporaire <input type="checkbox"/>	permanent <input type="checkbox"/>	
- déambulateur / cannes	non <input type="checkbox"/>	temporaire <input type="checkbox"/>	permanent <input type="checkbox"/>	

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

- à la toilette	non <input type="checkbox"/>	ponctuelle <input type="checkbox"/>	permanente <input type="checkbox"/>
- à la prise du traitement	non <input type="checkbox"/>	ponctuelle <input type="checkbox"/>	permanente <input type="checkbox"/>
- à la prise des repas	non <input type="checkbox"/>	ponctuelle <input type="checkbox"/>	permanente <input type="checkbox"/>
- autre			

Si oui, préciser : .....

**Nécessité de prise en charge spécifique**

Date, signature et cachet du médecin

Non  Soins à domicile  Hospitalisation à domicile

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

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

Date, signature et cachet du médecin

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

## Dossier social type de demande d'admission en ACT

*Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs*

*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).*

*(Ne pas remplir)*

<u>Etablissement instruisant la demande</u>		<u>Réservé au service ACT</u>	N°
<u>Nom et qualité du travailleur social</u>		<u>Date réception</u>	<u>Date réponse</u>
<u>Coordonnées</u>		<u>Compte-rendu médical</u>	oui/non
		<u>Avis de l'équipe</u>	

### Type d'hébergement ACT demandé

	<input type="checkbox"/> Semi-collectif	<input type="checkbox"/> Individuel
--	---	-------------------------------------

### Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) :		Nombre d'accompagnant(s)* :	
-----------------------	--	-----------------------------	--

### Etat Civil du (des) demandeur(s)

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Nom		
Prénom		
Téléphone		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
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		

### Etat Civil du (des) enfants(s)

Nom-Prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez
			oui	non	

\* accompagnants : toutes personnes non-malades (enfants, conjoint, compagnon,...) vivant avec le demandeur.

### Logement/Hébergement actuel

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Type de logement/hébergement		
Facultatif : Coordonnées		

### Ressources

Nature (AAH, RMI, salaire...)	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
	Montant	Montant
<b>Total</b>		

### Charges

Nature	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
	Montant	Montant
<b>Total</b>		
<b>Dettes éventuelles</b>		

### Ressources

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Base (régime général, CMU)		
CMU Complémentaire / Mutuelle		
100% A.L.D.		
AME		

### Autre(s) intervenant(s)


**Evaluation Sociale à joindre : Merci de compléter le document joint.**

**Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :**

- Rapport médical, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure
- Lettre de motivation du demandeur

**Signature du professionnel instruisant la demande :**

**EVALUATION SOCIALE :**

**Etablissement instruisant la demande :**

**Nom et qualité du référent social :**

**Merci d'indiquer tous éléments utiles à la demande d'admission en tenant compte des éléments suivants :**

- 1) Contexte de la rencontre avec l'établissement instruisant la demande.
  - 2) Situation actuelle du demandeur :
    - au regard des soins (qualité de l'observance des traitements ; nécessité d'accompagnements aux soins...)
    - au regard de sa situation sociale (autonomie dans les démarches ; réseau familial et relationnel...)
  - 3) Demande de la personne dans le cadre de l'accueil en A.C.T.
  - 4) Projets, perspectives envisagés.
  - 5) Autres.
-