

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

Date : _____

Nom du médecin demandeur : _____ 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 : _____ ➤ 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 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 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 et traitements prescrits :

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

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...)

.....

.....

.....

.....

Joindre un rapport médical, si possible ++

Date, signature et cachet du médecin

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>Nom et qualité du travailleur social</u> | |
| <u>Coordonnées</u> | |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| <u>Réservé au service ACT</u> | <u>N°</u> |
| <u>Date réception</u> | <u>Date réponse</u> |
| <u>Compte-rendu médical</u> | <u>oui/non</u> |
| <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 | | |
| <u>Facultatif</u> : Coordonnées | | |

Ressources

| Nature (AAH, RMI, salaire...) | M. Mme Mlle | M. Mme Mlle |
|----------------------------------|-------------|-------------|
| | Montant | Montant |
| | | |
| | | |
| | | |
| Total | | |

Charges

| Nature | M. Mme Mlle | M. Mme Mlle |
|---------------------------|-------------|-------------|
| | Montant | Montant |
| | | |
| | | |
| | | |
| Total | | |
| Dettes éventuelles | | |

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.
