

**A adresser au service médical des ACT sous pli confidentiel**

A l'adresse : AMISEP-Service Tiliamm-ACT-21 Place de la Libération-56000 Vannes

Ou par mail : infirmiere.act@amisep.fr

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

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

Personne à contacter pour demande(s) de renseignements : Tél : .....Mail : .....

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

Nom du Médecin Demandeur : \_\_\_\_\_ Téléphone/Mail : \_\_\_\_\_

**Identité du candidat à l'ACT**

Nom : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du patient ou de la personne à contacter: \_\_\_\_\_

***Réservé au service ACT***

N° dossier :

Date de réception :

Avis motivé :

**Environnement médical**

Hôpital référent :

Service :

Médecin référent :

Médecin traitant :

**DONNÉES MÉDICALES**

**Pathologie(s) chronique motivant la demande :**

- Nature/Diagnostic(s) et date de début (découverte) de la maladie :

- Evolutive  - Stabilisée

- Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques :

**Pathologie(s) associée(s) :**

- Pathologies somatiques associées :

Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique :    oui     non

Si oui, . Préciser le(s)quel(s) :

. Traitement médical prescrit    oui     non

. Préciser la nature du traitement \_\_\_\_\_

. Suivi psychothérapique :    oui     non

. Nom et coordonnées du thérapeute référent/lieu de soins :

- Conduites addictives / Alcool                            oui     non

Si oui, préciser lesquelles : \_\_\_\_\_

Type de substitution : \_\_\_\_\_ depuis quand ? \_\_\_\_\_

Suivi en centre spécialisé :    oui     non

Suivi en médecine de ville :    oui     non

Nom et coordonnées de thérapeute référent/centre de soins :

**Autonomie :**

- Indice de Karnofsky : \_\_\_\_\_

- Déficience retentissant sur l'autonomie ?

. déficit moteur                            non     modéré        important

. déficit des fonctions supérieures    non     modéré        important

. fauteuil roulant                        non     temporaire     important

. déambulateur / cannes                non     temporaire     important

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

Oui     Non

**Traitements/Accompagnement paramédical**

- Traitement médicamenteux en cours (ou joindre une copie de l'ordonnance) :

- Prise en charge paramédicale indiquée (IDE, Kiné, ...) : Oui  Non   
Si oui, préciser quels types de soins et quelle fréquence :

- Prestations de santé à domicile indiquées (oxygène, lit médicalisé, stomie, sonde, ....) : oui  Non :   
Si oui, préciser le type de prestations :

- Hospitalisation à domicile indiquée : Oui  Non   
Si oui, HAD en cours ? Oui  Non

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

**Signature et cachet**

Service TI-LIAMM-AMISEP  
Dispositif ACT  
21 Place de la libération- BP 378  
56000 Vannes  
02-97-40-69-79  
[act.vannesaurayploermel@amisep.fr](mailto:act.vannesaurayploermel@amisep.fr)

ACT Ti-Liamm

## GRILLE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE POUR ÉTUDE EN COMMISSION D'ADMISSION

Dans le cadre d'une demande d'admission en appartement de coordination thérapeutique, des informations complémentaires, concernant l'autonomie de la personne dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, sont nécessaires pour permettre à la commission d'admission de déterminer la capacité de la personne à vivre en appartement et d'anticiper les aides éventuelles à mettre en place.

Ce document est à remplir par un professionnel (soignant, accompagnateur social) conjointement avec par la personne.

	Fait spontanément	Fait en partie ou avec aide	Fait avec aide permanente	Ne fait pas
<b>Actes de la vie quotidienne</b>				
Assurer sa propreté corporelle et vestimentaire				
Faire ses courses				
Préparer ses repas				
Manger seul				
Entretenir son lieu de vie				
Se déplacer à l'intérieur				
Se déplacer à l'extérieur				
Utiliser les moyens de transports				
<b>Gestion des soins</b>				
Suivre et observer sa prescription médicamenteuse				
Se rendre à ses RDV médicaux				
<b>Communication</b>				
Etre capable d'alerter en cas de problème				
Être capable d'utiliser un moyen de communication				

Commentaire :