

Dossier médical de demande d'admission  
En Appartement de coordination Thérapeutique (ACT)

**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@amisp.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’EVALUATION DE L’AUTOMONIE POUR ETUDE 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<br>ou avec aide | Fait avec aide<br>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 :