



## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION ACT Hors Les Murs

### VOLET MEDICAL

A transmettre sous pli confidentiel par courrier à l'adresse :

**AMISEP – Service Tiliamm – ACT HLM**

**21 Place de la Libération-56000 Vannes**

**ou mail : infirmier.acthlm@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...

*(Réservé au service ACT)*

<b>Médecin demandeur</b> <input type="checkbox"/> Médecin généraliste / traitant <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste Spécialité : .....	Nom : ..... Téléphone : ..... Mail : .....	<b>N°</b>  <b><u>Date réception</u></b>  <b><u>Date réponse</u></b>
---	--	---

### ETAT CIVIL

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Numéro de téléphone du patient ou de la personne à contacter : .....

### ENVIRONNEMENT MEDICAL

Médecin traitant : .....

Médecin spécialiste : .....

Hôpital référent : .....

Service : .....

### **Intervenants paramédicaux ou autres :**

☐ IDE Soins réalisés : ..... Nombre de passages : .....

☐ HAD

☐ Autres : .....

### DONNÉES MÉDICALES

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

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

☐ Evolutive ☐ Stabilisée

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ATCD / Pathologies associées :**

*Préciser si un suivi est réalisé*

→ Somatiques

.....

.....

.....

.....

.....

→ Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique

.....

.....

.....

.....

.....

→ Conduites addictives

.....

.....

.....

.....

.....

**Traitements :**

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

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

**Signature et cachet**

## 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 Hors les Murs, 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 :