

MODALITÉS D'ADMISSION en Appartement de Coordination Thérapeutique

1/ Dossier de demande d'admission renseigné et accompagné

- D'un rapport social
- De la demande de renseignements administratifs (joindre les justificatifs de couverture médicale et d'identité)
- D'un questionnaire médical à compléter par un médecin qui le renverra à l'attention du médecin coordinateur Dr Benoît BERTRAND DESBRUNAIS sous PLI CONFIDENTIEL. Le questionnaire n'est accessible qu'au seul médecin coordinateur, garant du secret médical et avec l'accord écrit du demandeur (formulaire autorisation d'envoi à joindre au questionnaire médical).

Tous ces éléments sont à renvoyer à :

Groupe SOS Solidarités - ACT Bordeaux
386 bis boulevard Jean Jacques BOSC
BP 109
33321 BEGLES CEDEX

2/ Etude de recevabilité de la demande en commission d'admission

Rappel des principaux critères retenus pour statuer sur la recevabilité d'une demande d'admission en ACT :

- Être majeur, seul, en couple ou personne isolée avec enfant(s)
- Pathologie somatique chronique et/ou invalidante nécessitant un accompagnement et coordination pour la mise en place et/ou maintien des démarches de santé
- Précarité sociale : absence de logement, logement inadapté, en cours d'expulsion, endettement, faible niveau de revenus, isolement, ...
- Besoin d'un accompagnement médico-social global
- Pour les personnes étrangères, nécessité qu'il soit titulaire ou en attente d'un titre de séjour (récépissé)
- Personne en capacité de prendre des décisions permettant d'assurer sa sécurité dans un milieu de vie ordinaire

3/ Entretien de préadmission avec la personne bénéficiaire, l'assistante sociale et la cheffe de service de Groupe SOS Solidarités - ACT Bordeaux, si la demande d'admission est jugée recevable et qu'une place se libère.

4/ Décision finale en commission d'admission

- Synthèse de la situation et Evaluation de la situation présentée
- Prise de décision relative à l'admission ou non du résident

La commission d'admission se réunit tous les 15 jours. Au-delà de 2 mois écoulés après la date de réception du dossier de demande d'admission, tout dossier incomplet, malgré les relances des membres de la commission, sera classé sans suite.

Dossier social type de demande d'admission en ACT

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).

Etablissement instruisant la demande :	
Nom et qualité du travailleur social :	
Coordonnées :	

Etat civil du demandeur

	M. Mme Mlle	Co-demandeur ou Accompagnant
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation de famille		
Nationalité		
Pièce d'identité <small>Validité et nature (CNI, Titre de séjour, APS,...)</small>		
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	Oui Non	Oui Non
Tutelle / curatelle		
N° de téléphone		

Etat civil des enfants

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

Logement / Hébergement actuel

	M. Mme Mlle	Co-demandeur ou Accompagnant
Type de logement / hébergement		
<u>Facultatif</u> : Coordonnées		

Ressources

Nature (A.A.H., R.M.I., salaire,...)	M. Mme Mlle	Co-demandeur ou Accompagnant
	Montant	Montant
Total		

Charges

Nature	M. Mme Mlle	Co-demandeur ou Accompagnant
	Montant	Montant
Total		
Dettes éventuelles		

Couverture sociale

	M. Mme Mlle	Co-demandeur ou Accompagnant
Base (régime général, C.M.U.)		
C.M.U. Complémentaire Mutuelle		
100 % A.L.D.		
AME		

Autre(s) intervenant(s)

Evaluation sociale à joindre

Précisez tous les éléments utiles à la demande d'admission tels que
la capacité à vivre seul et les éventuels projets à court et/ou moyen terme.

Signature du professionnel instruisant la demande :



Autorisation d'envoi du questionnaire médical
--

Je soussigné, Mme / M. domicilié
.....

Autorise

N'autorise pas

Mon médecin traitant à transmettre au médecin des A.C.T. de Bordeaux, les renseignements médicaux concernant mon état de santé.

Fait à, le.....

(Signature précédée de la mention lu et approuvé)

Dossier médical de demande d'admission en ACT

Date : _____

Téléphone : _____

Nom du médecin demandeur : _____

ETAT CIVIL DU PATIENT

➤ Nom Prénom :

➤ Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

➤ Date de naissance :

➤ Nationalité :

ENVIRONNEMENT MEDICAL

➤ Nom et adresse du médecin hospitalier référenciel :

➤ Nom et adresse du médecin traitant :

PATHOLOGIE(S) MOTIVANT LA DEMANDE

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

HISTOIRE DE LA MALADIE MOTIVANT LA DEMANDE

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

SI V.I.H.

- **Date de découverte de la séropositivité VIH** :
- **Stade CDC** :
- **Maladies opportunistes** :
- si oui, lesquelles :
-évolutive : oui ☐ non ☐
-évolutive : oui ☐ non ☐
-évolutive : oui ☐ non ☐
- **Dernier bilan immun virologique** :
- Date du dernier bilan :
- Taux de CD4 :
- Charge virale :

AUTRES PATHOLOGIES

- **Hépatites chroniques** : Hépatite B ☐ Hépatite C ☐
- Charge virale VHC Fibroscan ☐ Fibrotest ☐
- **Maladie Alcoolique du Foie** : oui ☐ non ☐
- **Pathologie psychiatrique et/ou troubles psycho-comportementaux** : oui ☐ non ☐
- Si oui, quel type de pathologie :
- Nature du traitement :
- Suivi psychiatrique : oui ☐ non ☐ si oui, qui ?
- Suivi psychothérapeutique : oui ☐ non ☐ si oui, qui ?
- **Conduites addictives** : oui ☐ non ☐
- Si oui, précisez lesquelles :
- Type de substitution : Depuis quand ?
- Suivi spécialisé addictologie : oui ☐ non ☐ Où et avec qui ?
- **Autres (HTA, IRC, diabète, épilepsie, cancer,...)** : oui ☐ non ☐
- Précisez :
- **Prochains rendez-vous et bilans** :
-
- Quand et avec qui ?

Joindre obligatoirement la fiche de traitement lisible

AUTONOMIE ET BESOINS ACTUELS

	oui	non
➤ Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aérosols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :		

NURSING	Seul	Avec aide	Dépendance totale
➤ Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sonde gastrique

REGIME

LOCOMOTION	oui	non
➤ Fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- si oui, transfert autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Déplacement autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- monte escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPORTEMENT

Lucide	Confus	Agité	Dépressif	Agressif
	<input type="checkbox"/> Intermittent		<input type="checkbox"/> Permanent	

**A retourner avec la mention « confidentiel »
 à l'attention du Dr Benoît BERTRAND
 DESBRUNAIS
 Groupe SOS Solidarités - ACT Bordeaux
 386 bis boulevard Jean Jacques BOSC
 BP 109 Centre d'affaires J.J. Bosc
 33321 BEGLES Cedex
 Tél. 05 57 87 32 89 – Fax 05 57 87 32 47**

Date, signature et cachet lisible du médecin

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ENSEMBLE DES COMPTES RENDUS
 D'HOSPITALISATIONS ET DE CONSULTATIONS**

Les dossiers incomplets ne seront pas traités