

**DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION
EN APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)**

A adresser au médecin coordonnateur des ACT sous pli confidentiel

A l'adresse : Service LE RELAIS –AMISEP - Dispositif ACT
3 Rue du Médecin Général Robic – BP 69 – 56303 PONTIVY Cedex

Date : _____

Nom du Médecin Demandeur : _____ Téléphone/Mail : _____

Identité du candidat à l'ACT

Nom :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Prénom :	Date de naissance :
	Age :

Réservé au service ACT

N° dossier :

Date de réception :

Avis motivé :

Environnement médical

Hôpital référent :

Service :

Médecin référent :

Médecin de ville :

DONNÉES MÉDICALES

Pathologie(s) chronique motivant la demande :

VIH cancer Diabète VHB VHC

Autres non oui, 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 : _____

- Evolutive : _____ - Stabilisée : _____

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

Traitements :

En cours : _____

Pathologie(s) associé(s) :

- Hépatites :

Hépatite B DNA Viral : + -
Hépatite C PCR : + - Génotype : _____
PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats : _____
Traitements ? _____

- Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique oui non

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 : _____

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 de prise en charge spécifique :

Non Soins à domicile Hospitalisation à domicile

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

 **Joindre un rapport médical, si possible**

Signature et cachet

Service LE RELAIS -AMISEP

Dispositif ACT

3 Rue du Médecin Général Robic - BP 69 - 56303 PONTIVY Cedex

Tél. : 02.97.25.44.58 - Fax. : 02.97.25.78.29 - Courriel : actpontivyloudéac@amisep.fr

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
Actes de la vie quotidienne				
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				
Gestion des soins				
Suivre et observer sa prescription médicamenteuse				
Se rendre à ses RDV médicaux				
Communication				
Etre capable d'alerter en cas de problème				
Être capable d'utiliser un moyen de communication				

Commentaire :