



# **Dossier d'admission : ACT La parenthèse**

Le dossier contient les parties suivantes :

- Sociale
- Médicale
- Psychologique

# Dossier social type de demande d'admission en ACT

*Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs*

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).

*(Ne pas remplir)*

Établissement instruisant la demande		<b>Réservé au service ACT</b> N°
Nom et qualité du travailleur social		<u>Date réception</u> <u>Date réponse</u>
Coordonnées		<u>Compte-rendu médical</u> oui/non Avis de l'équipe

## Type d'hébergement ACT demandé

<input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Semi-collectif	<input type="checkbox"/> Individuel
------------------------------------	---	-------------------------------------

## Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) :	Nombre d'accompagnant(s)* :
-----------------------	-----------------------------

## État civil du (des) demandeur(s)

	M. Mme Melle	M. Mme Melle
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Nationalité		
Pièce d'identité (CNI, titre de séjour, APS)		
<i>Si titre de séjour précisez si autorisation de travailler</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tutelle/curatelle		

## État civil du (des) enfant(s)

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

\*Accompagnants : toutes personnes non-malades (enfant(s), conjoint, compagnon,...) vivant avec le demandeur.

**Logement/Hébergement actuel**

	M. Mme Melle	M. Mme Melle
Type de logement/hébergement		
<b>Facultatif</b> : coordonnées		

**Ressources**

Nature (AAH, RSA, salaire...)	M. Mme Melle Montant	M. Mme Melle Montant
Total		

**Charges et dettes**

Nature	M. Mme Melle Montant	M. Mme Melle Montant
Total		
Dettes éventuelles		

**Couverture sociale**

	M. Mme Melle	M. Mme Melle
Base (régime général, CMU)		
CMU complémentaire/mutuelle		
100% A.L.D.		
AME		

**Autre(s) intervenant(s)**


**Évaluation 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**

**Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :**

- Rapport médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure.
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur.
- Lettre de motivation du demandeur si demandée par structure ACT

Signature du professionnel instruisant la demande

# **Demande d'admission en Appartement de coordination thérapeutique (ACT)<sup>1</sup>**

Je soussigné(e)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s)  
ACT<sup>3</sup> suivante(s) :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette (ces) structure(s).

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Signer une demande d'admission par demandeur

<sup>2</sup> Nom du demandeur

<sup>3</sup> Nom de la (des) structure(s)

**Dossier médical type de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)**

*Version mise à jour en Mars 2006*

*A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur*

Nom du médecin demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**Identité du candidat à l'ACT :**

➤ Nom : \_\_\_\_\_ ➤ Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐  
➤ Prénom : \_\_\_\_\_ ➤ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
➤ Age : \_\_\_\_\_

*Réservé au service ACT*

*N° de dossier:.....*

*Avis motivé :*

.....

**Environnement médical :**

➤ Hôpital référent : \_\_\_\_\_  
➤ Service : \_\_\_\_\_  
➤ Médecin référent : \_\_\_\_\_  
➤ Médecin de ville : \_\_\_\_\_

**DONNEES MEDICALES**

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

VIH ☐ non ☐ oui  
Autre(s) ☐ non ☐ oui , laquelle (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 : .....  
➤ Évolutive ☐ : ..... ➤ Stabilisée ☐ : .....  
➤ Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)  
.....  
.....  
.....

**Traitements :**

En cours: .....  
.....

## Pathologie(s) associée(s)

### ➤ Hépatites :

- hépatite B ☐ DNA Viral : ☐ + ☐ -  
- hépatite C ☐ PCR : ☐ + ☐ - Génomotype : .....  
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats : .....  
- traitements ? .....

### ➤ Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique

- si oui, oui ☐ non ☐  
- traitement médical prescrit oui ☐ non ☐  
- préciser la nature du traitement : .....  
- suivi psychothérapique oui ☐ non ☐

### ➤ Conduites addictives / Alcool

- 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 <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/>     | important <input type="checkbox"/> |
| - déficit des fonctions supérieures | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/>     | important <input type="checkbox"/> |
| - fauteuil roulant                  | non <input type="checkbox"/> | temporaire <input type="checkbox"/> | permanent <input type="checkbox"/> |
| - déambulateur / cannes             | non <input type="checkbox"/> | temporaire <input type="checkbox"/> | permanent <input type="checkbox"/> |

### ➤ Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?

- |                            |                              |                                     |                                     |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - à la toilette            | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - à la prise du traitement | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - à la prise des repas     | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - autre                    | Si oui, préciser : .....     |                                     |                                     |

## 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 ++**

Date, signature et cachet du médecin

**Profil psychologique type de demande d'admission  
dans les ACT de l'APLEAT ACEP**

<b>Etablissement instruisant la demande</b>	
<b>Nom du psychologue</b>	
<b>Coordonnées</b>	

**Etat civil du demandeur**

<b>NOM</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Lieu de naissance</b>	
<b>Lieu de résidence</b>	

**Axe familial :**

Antécédents familiaux, relations sociales et familiales :

**Comportement et attitude :**

Axe relationnel, qualité du contact :

---

*Dossier à retourner à :  
Apléat Acep, Commission admission  
1 rue Sainte Anne 45000 ORLEANS  
ou à l'adresse [admission.residentiel45@apleat-acep.com](mailto:admission.residentiel45@apleat-acep.com)  
Avril 2018*

Elaboration de la demande, attentes :

**Médical :**

Axe médical (vécu autour de la pathologie, du traitement) :

Troubles liés aux effets secondaires :

Addictions (histoire et actualité des usages de consommation de produits) :

**Prise en charge psychologique :**

Anamnèse :

---

*Dossier à retourner à :  
Apléat Acep, Commission admission  
1 rue Sainte Anne 45000 ORLEANS  
ou à l'adresse [admission.residentiel45@apleat-acep.com](mailto:admission.residentiel45@apleat-acep.com)  
Avril 2018*



Fragilités psychologiques repérées :

Suivis psychologiques antérieurs :

Suivi psychologique en cours et à envisager :

Date :

Signature du psychologue

---

*Dossier à retourner à :  
Apléat Acep, Commission admission  
1 rue Sainte Anne 45000 ORLEANS  
ou à l'adresse [admission.residentiel45@apleat-acep.com](mailto:admission.residentiel45@apleat-acep.com)  
Avril 2018*