



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		Réservé au service ACT N°
Nom et qualité du travailleur social		Date réception _____ Date réponse _____
Coordonnées		Compte-rendu médical _____ 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		
Facultatif : 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)¹

Je soussigné(e)² _____

Né(e) le _____ à _____

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s)
ACT³ 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

¹ Signer une demande d'admission par demandeur

² Nom du demandeur

³ 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 <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
➤ 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
si oui, lesquelles :		
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
➤ Bilan immunovirologique :		
- date du dernier bilan :	- taux de CD4 :	- charge virale :

Si pathologie non VIH :

➤ Date de début (découverte) de la maladie :	
➤ Évolutive <input type="checkbox"/> :	➤ Stabilisée <input type="checkbox"/> :
➤ 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 : + - Génotype :
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :
- traitements ?

➤ Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique

- 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 permanent
- déambulateur / cannes non temporaire permanent

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

- à la toilette non ponctuelle permanente
- à la prise du traitement non ponctuelle permanente
- à la prise des repas non ponctuelle permanente
- 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**

Etablissement instruisant la demande	
Nom du psychologue	
Coordonnées	

Etat civil du demandeur

NOM	
Prénom	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Lieu de résidence	

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
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
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
Avril 2018