



ACT - Appartement de
Coordination
Thérapeutique

ACT- Hors les murs

DOSSIER
MEDICAL

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

Document confidentiel à l'attention du médecin coordinateur

À transmettre par voie postale sous pli confidentiel à : 24 rue Grisolle 83600 Fréjus

Ou par messagerie sécurisée à : accueil@promosoinsesterel.fr

MEDECIN INSTRUISANT DE LA DEMANDE :

NOM :

Tampon :

.....
Etablissement :

.....
Service :

.....
Tél :

.....
Mail :

IDENTITÉ DU PATIENT :

NOM - Prénoms :

Date de naissance :

☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Transgenre

Tél :

DONNÉES MÉDICALES

TRES IMPORTANT ! Joindre les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation les plus pertinents

PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE D'ADMISSION :

.....

☐ Stabilisé ☐ Evolutif Stade :

Date du début de la maladie :

PATHOLOGIES ASSOCIÉES EN COURS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TROUBLES PSYCHIQUES/PSYCHIATRIQUES : ☐ Oui ☐ Non

Si « oui », lesquels :

.....

.....

Suivi : ☐ Non ☐ Oui Service ou médecin référent :

Traitement : ☐ Non ☐ Oui, préciser :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOSSIER ACT et ACT hors les murs

SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES :

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Idées délirantes | <input type="checkbox"/> Irritabilité / instabilité de l'humeur |
| <input type="checkbox"/> Hallucinations | <input type="checkbox"/> Déambulation pathologique |
| <input type="checkbox"/> Agitation, agressivité | <input type="checkbox"/> Gestes incessants |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit |
| <input type="checkbox"/> Exaltation de l'humeur | <input type="checkbox"/> Désinhibition |
| <input type="checkbox"/> Apathie, indifférence | <input type="checkbox"/> Autres |

Précisez :

CONDUITES ADDICTIVES : ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Autres addictions

Préciser :

Type de substitution :

Depuis quand :

Suivi en centre spécialisé : ☐ Oui ☐ Non

Suivi en médecine de ville : ☐ Oui ☐ Non

GROSSESSE EN COURS :

☐ Non ☐ Oui, date prévue d'accouchement :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOSSIER ACT et ACT hors les murs

TRAITEMENT EN COURS : (joindre une copie des dernières ordonnances)

Médicamenteux :

.....

Autres :

.....

Gestion habituelle des traitements : Autonome : ☐ Oui ☐ Non

Par une IDE : ☐ Passage quotidien ☐ Passage hebdomadaire

Projet de soins :

.....

.....

.....

.....

La personne a-t-elle une bonne connaissance de sa pathologie ? ☐ Oui ☐ Non (préciser) :

.....

.....

.....

.....

VENTILATION :

Oxygénothérapie : ☐ Non ☐ Oui (indiquer débit O2) :

Une oxygénothérapie à court terme est-elle susceptible ? ☐ Oui ☐ Non

VNI : ☐ Non ☐ Oui (indiquer débit O2) :

Kinésithérapie respiratoire : ☐ Non ☐ Oui (nombre de séances /semaine) :

Trachéotomie : ☐ Non ☐ Oui

SOINS TECHNIQUES ASSOCIÉS :

☐ Pansement Temps des soins :

Préciser type de pansement, localisation, stade :

.....

DOSSIER ACT et ACT hors les murs

☐ Soins cutanés

Préciser :

☐ Perfusion sous-cutanée

☐ Perfusion intra-veineuse, préciser :

Autre, préciser :

☐ Besoin en matériel spécifique (pompe à morphine, pompe à alimentation, ...) :

Présence d'un germe multi résistant : ☐ Oui ☐ Non

Précaution complémentaire :

AUTONOMIE

DÉFICIT COGNITIF ☐ Non ☐ Oui, préciser :

| Alimentation | Hygiène/toilette | Continence |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Besoin d'aide pour s'alimenter <input type="checkbox"/> Régime particulier : <input type="checkbox"/> Fausse route <input type="checkbox"/> Alimentation entérale <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale | <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Stomie (type) : |
| Communication | Déplacement / Orientation | Appareillage |
| <input type="checkbox"/> Aisance <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Non verbale <input type="checkbox"/> Barrière de la langue : Dit quelques mots en français <input type="checkbox"/> Se fait comprendre pour la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Conversation possible <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Difficultés physiques (escalier, marche prolongée...) <input type="checkbox"/> Difficultés de transport en commun du fait de : Troubles visuels <input type="checkbox"/> Pb de lecture ou de compréhension du français <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aide pour les déplacements : Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grabataire | <input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas à air <input type="checkbox"/> Pace maker <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Chambre implantable <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/> Cannes/béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Déambulateur |

DOSSIER ACT et ACT hors les murs

BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT POUR :

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compréhension de la maladie | <input type="checkbox"/> Compréhension du traitement |
| <input type="checkbox"/> Observance | <input type="checkbox"/> Coordination des soins |

☐ Autre, précisez :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :

En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant.

Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans et seront ensuite détruites.