



Réservé au service ACT

N° de dossier :

Date de réception : | | | | | | | |

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

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

Date : | | | | | | | |

Nom du médecin demandeur :

Identité du candidat à l'ACT :

NOM : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Prénom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Date de naissance : | | | | | | | |

Adresse :

Code postal : | | | | | | Ville :

Environnement médical :

Hôpital référent : Médecin référent :

Service :

Médecin de ville :

DONNÉES MÉDICALES

Pathologie(s) motivant la demande :

.....

Maladie chronique :

Date de début (découverte) de la maladie : | | | | | | | |

☐ Évolutive : ☐ Stabilisée :

Etat clinique et résultats paracliniques récents :

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



Si pathologie VIH :

Date de découverte de la séropositivité VIH : **Stade CDC :**

Maladie opportuniste : Oui ☐ Non ☐

Su oui, lesquelles :

- évolutive Oui ☐ Non ☐

- évolutive Oui ☐ Non ☐

- évolutive Oui ☐ Non ☐

Bilan immunovirologique :

Date du dernier bilan : |__|_| |__|_| |__|_|_|_|_| Taux CD4 : Charge virale :

Pathologies associées

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 :

Précisez la nature du traitement :

Suivi psychothérapique : Non ☐ Oui ☐ Nom du professionnel.....

Conduites addictives Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser lesquelles :
.....
.....
.....

Type de substitution : depuis quand : |__|_| |__|_| |__|_|_|_|_|

Suivi en centre spécialisé : oui ☐ non ☐ / en médecine de ville : oui ☐ non ☐

Si oui, nom et coordonnées du médecin spécialiste :
.....
.....
.....

Traitements en en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux, chirurgicaux et gynécologiques :

.....

.....

.....

Examens externes prévus :

.....

.....

Indice de Karnofsky (voir tableau page suivante) :

Déficiences retentissant sur l'autonomie ?

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

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

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - à la toilette | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ponctuelle | <input type="checkbox"/> permanente |
| - à la prise du traitement | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ponctuelle | <input type="checkbox"/> permanente |
| - à la prise des repas | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ponctuelle | <input type="checkbox"/> permanent |

Nécessité de prise en charge spécifique :

Non ☐ Oui ☐

Si oui précisez : Soins à domicile ☐ Hospitalisation à domicile ☐ SSIAD ☐

Autre ☐ précisez :

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

.....

.....

Date, signature et cachet du médecin :

Indice de Karnofsky

Description simple	%	Critères
Peut mener une activité normale Pas de prise en charge particulière	100 %	Etat général normal – Pas de plainte, ni signe de maladie
	90 %	Activité normale – Symptômes mineurs – Signes mineurs de maladie
	80 %	Activité normale avec difficultés – Symptômes de la maladie
Incapable de travailler Séjour possible à la maison Soins personnels possibles	70 %	Capable de s'occuper de lui-même – Incapable de travailler normalement
	60 %	Besoin intermittent d'une assistance mais de soins médicaux fréquents
	50 %	Besoin constant d'une assistance avec des soins médicaux fréquents
Incapable de s'occuper de lui-même Soins institutionnels souhaitables	40 %	Invalide – Besoin de soins spécifiques et d'assistance
	30 %	Complètement invalide – Indication d'hospitalisation – Pas de risque imminent de mort
	20 %	Très invalide – hospitalisation nécessaire – Traitement intensif

SAUVEGARDE

S.A.S. - 100% CAPITAL FRANÇAIS

100% CAPITAL FRANÇAIS

100% CAPITAL FRANÇAIS

100% CAPITAL FRANÇAIS

100% CAPITAL FRANÇAIS

100% CAPITAL FRANÇAIS

100% CAPITAL FRANÇAIS

