



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

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

Nom du médecin demandeur :

Date :

Téléphone :

Identité du candidat à l'ACT :

Nom :

Sexe : Masculin

Féminin

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Téléphone :

Environnement médical :

Hôpital référent :

Service :

Médecin référent :

Médecin traitant :

DONNEES MEDICALES

Pathologie motivant la demande :

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

Date de début (découverte) de la maladie :

Evolution

Stabilisée

Etat clinique et résultats paracliniques récents :

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

Traitements :

En cours:

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

Pathologie(s) associée(s) :

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

Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique : oui non

Si oui,

- Traitement médical prescrit oui non

- Préciser la nature du traitement :

- Suivi psychothérapique 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

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 immuno-virologie :			
-date du dernier bilan :..... – taux de CD4 :..... – charge virale :.....			

Autonomie

Indice de Karnofsky :.....(voir page suivante)			
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

Date, signature et cachet du médecin

Commentaires : (grossesse, contexte social, observance du traitement état général)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IMPORTANT :

Joindre un rapport médical complet (compte rendu de consultations ou hospitalisation) et les derniers résultats d'examens complémentaires.

Indice de Karnofsky

Capable de mener une activité normale	100%	Normal, pas de signe de maladie
	90%	Peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
	80%	Peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, Totalement autonome
Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire	70%	Peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
	60%	Nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
	50%	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
	40%	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent	30%	Sévèrement handicapé, dépendant
	20%	Très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
	10%	Moribond, processus fatal progressant rapidement