



Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

DOSSIER MEDICAL

A adresser sous pli confidentiel par voie postale à l'attention du médecin coordinateur
OU par fax sécurisé au : 02 34 88 50 31

Date :

Nom du médecin demandeur :

Téléphone :

Identité de la personne

Nom :

Sexe : Masculin Féminin Autre

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Pour les mineurs, coordonnées du parent accompagnant :

Nom, prénom :

Date de naissance :

Lien de parenté :

Environnement médical

Hôpital référent :


Médecin référent :

Service :

Téléphone :

Médecin traitant :

Téléphone :

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

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

Date de début (découverte) de la maladie :

Evolutive

Stabilisée

Etat clinique et résultats paracliniques récents :

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

Autonomie :

Indice de Karnofsky : (voir 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"/> permanente |
| Si Autre, préciser : | | | |

Nécessité d'une prise en charge spécifique :

- non soins à domicile HAD autres :

Commentaires (grossesse, contexte social, observance thérapeutique, etc.) :

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

Date :

Signature et cachet du médecin :

IMPORTANT !

Merci de joindre un rapport médical complet :

- Compte-rendu de consultations ou d'hospitalisation**
- Derniers résultats d'examens complémentaires**

Indice de KARNOFSKY

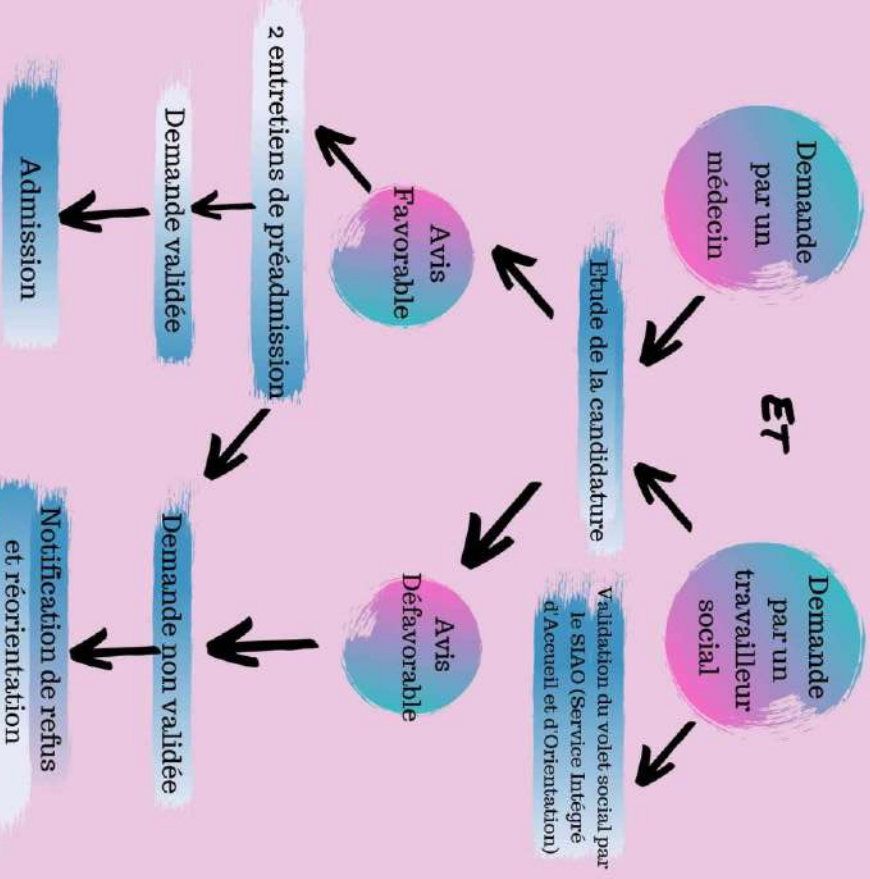
| | | |
|---|-------|--|
| Capable de mener une activité normale | 100 % | Normal, pas de signe de maladie |
| | 90 % | Peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome |
| | 80 % | Peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, Totalement 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 |

RGPD (Règlement général sur la protection des données) :

La transmission des données personnelles, par le remplissage de ce dossier, permet l'étude de la candidature de la personne au dispositif des ACT.

Le destinataire de ces données est le pôle médical du dispositif.

La durée de traitement des données est limitée au temps pendant lequel la personne candidate à l'entrée dans notre établissement, étant entendu qu'elle peut s'y désinscrire à tout moment.



Dossier de candidature médical et social

VOILET MÉDICAL:

- Téléchargeable sur le site : www.asetis.re
- A renvoyer sous pli confidentiel au : 121 chemin Gasabona, 97410 Saint-Pierre ou par fax sécurisé 0234885031

VOILET SOCIAL:

- A remplir sur sur la plateforme du SIAO
- Un exemplaire est également à transmettre à l'association par mail: admission-act@asetis.re



+262 (0) 262 25 80 81

accueil@asetis.re

121 chemin Gasabona
97410 Saint-Pierre

[@associationasetis](https://www.facebook.com/associationasetis)

[associationasetis](https://www.instagram.com/associationasetis)

Les ACT: une étape vers le retour à l'autonomie

Objectif général: Permettre à la personne de bénéficier d'un hébergement en milieu ordinaire et d'un accompagnement médico-psychosocial, basé sur un projet individualisé dont les objectifs sont fixés conjointement par la personne accompagnée et l'équipe des ACT. La finalité étant que cette personne puisse retrouver une autonomie dans les divers champs de sa vie quotidienne.

Personne bénéficiaire:

- Personne majeure, avec ou sans enfant, célibataire ou en couple
- atteinte d'une pathologie chronique nécessitant des soins et un suivi médical
- en situation de fragilité sociale et psychologique



Agrement & Lieu d'hébergement: 21 appartements meublés, équipés et localisés à

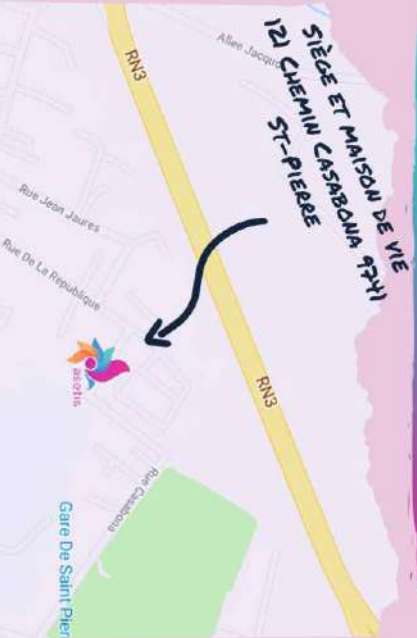
Saint-Pierre dont:

- 1 accessible aux personnes à mobilité réduite
- 2 adaptés pour l'accueil d'une famille
- 18 individuels

Durée du séjour initiale: 18 mois, définie avec la personne hébergée sur la base d'un projet individuel d'accompagnement

Participation financière: caution de 80 euros
80 euros par mois pour une personne seule
Montant évolutif en fonction de la composition familiale

Maison de vie



- En libre accès tous les jours ouvrables de 9h à 16h. Les bénéficiaires du dispositif sont accueillis dans un lieu d'écoute et d'échange pour:
- Partager des repas communautaires
 - Des activités ludiques, sociales et culturelles
 - Fêter les moments forts
- Et surtout pour être écoutés, respectés et accompagnés

Une équipe pluridisciplinaire



ASETIS c'est aussi...

- Un pôle prévention
- Un projet d'autonomie en santé de la maison de vie

Pour avoir des informations sur ces dispositifs n'hésitez pas à nous appeler au 0262258081 ou allez visiter notre site www.asetis.re

*Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale et *Auxiliaire de Vie Sociale