



## **Demande d'admission pour le dispositif des ACT (avec ou sans hébergement)**

### **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 :**

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

 **Traitements en cours :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


.....

.....

.....

.....

.....

 **Pathologie(s) associée(s) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique :**  oui  non

Si OUI, préciser la pathologie : .....

- Traitement(s) spécifique(s) :  oui  non

- Suivi psychothérapeutique :  oui  non Si oui, avec quel professionnel : .....

 **Habitudes de consommations (durée, fréquence...) :**

Tabac :

Alcool :

Zamal :

Stupéfiants :

Autres :

**Suivi en centre spécialisé**

**Suivi en médecine de ville**

**Pas de suivi**

Si suivi, nom de la structure : .....

**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 : .....

**Nécessité d'un hébergement :**       oui       non

**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

<b>Capable de mener une activité normale</b>	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
<b>Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire</b>	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
<b>Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent</b>	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.*