



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

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 psychothérapique : 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 :

Nom du médecin demandeur :

Signature et cachet du médecin :

Téléphone :

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.