

**DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN
APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)**

(À adresser par voie postale sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT)

MEDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE	TAMPON
NOM :	
TEL :	

Identité du patient	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Téléphone :	

Données médicales

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LA COPIE DES COURRIERS MÉDICAUX RÉCENTS
(moins de 6 mois)**

Pathologie chronique somatique motivant la demande d'admission en ACT :

.....

Stade :

Autres pathologies associées :

.....

Troubles psychiques/ psychiatriques La(les)quelle(s) :

Suivi : oui non Service ou médecin référent :

Conduites addictives La(les)quelle(s) :

Suivi : oui non

Service ou médecin référent :

Grossesse en cours : oui non

Antécédents médicaux notables :

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

Traitement : **JOINDRE IMPERATIVEMENT L'ENSEMBLE DES ORDONNANCES EN COURS.**

Besoins d'aide à l'observance :

.....

Perspectives thérapeutiques :

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

Autonomie

Déficit cognitif :

Déficit moteur :

A besoin d'être aidé(e) dans les actes de la vie quotidienne :

Courses

Préparation des repas

Prise des repas

Hygiène personnelle / habillage

Ménage

Autre(s) :

Besoins en accompagnement :

Accès aux soins

Coordination des soins

Compréhension de la maladie

Compréhension du traitement

Equilibre alimentaire

Autres(s) :

Autres informations :

.....

.....
.....

Date :// 20.....

Signature :