



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)

**Nous attirons votre attention sur le fait que tout dossier incomplet entrainera
l'irrecevabilité de la demande.**

Date de l'instruction du dossier médical :

| MEDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE | TAMPON |
|--------------------------------|--------|
| NOM : | |
| TEL : | |
| Ligne directe : | |

| 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 :

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

Histoire de la maladie :

.....
.....

.....
.....

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 :

-
-
-
-
-
-
-
-

Traitements :

-
-
-
-
-
-
-
-
-

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) :

Besoin d'aide à l'observance.

Autres informations / freins dans l'accès aux soins identifiés :

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

Signature :