

**Dossier médical de demande d'admission  
en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)**

*A adresser sous pli « confidentiel » à l'attention du médecin coordinateur des ACT*



**Date :**

<b>MEDECIN :</b>	Nom et Prénom du médecin demandeur :
	Etablissement :
	Service :
	Téléphone : <span style="margin-left: 200px;">Mail :</span>
	Adresse postale :

<b><u>Identité du demandeur :</u></b>	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Masculin</b> <input type="checkbox"/> <b>Féminin</b>
Date de naissance :	
Adresse actuelle :	
Téléphone :	Mail :

**Environnement médical :**

Médecin traitant :

Etablissement hospitalier référent :

Médecin hospitalier référent :

Service :

Autre(s) intervenant(s) (médicaux/psychologiques) :

**Données médicales :**

**Pathologie(s) motivant la demande (pathologie principale et associée) :**

Pathologie(s)			
Date de découverte			
Evolutive/ Stabilisée			
Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques) <i>Joindre courrier et derniers résultats biologiques</i>			

<b>Traitements</b>  <i>Joindre la dernière ordonnance</i>			
---	--	--	--

### Si VIH

Stade CDC :

- Maladies opportunistes :  OUI  NON

*Si OUI, Lesquelles :*

✓  évolutive :  OUI  NON

✓  évolutive :  OUI  NON

✓  évolutive :  OUI  NON

- Bilan immunovirologique :

✓ Date dernier bilan :

✓ Taux de CD4 :

✓ Charge virale :

### Si Hépatite :

Hépatite B  DNA Viral :  +  -

- Hépatite C  PCR :  +  - Génotype :

- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :

- Traitement :

**Troubles psychiques et/ou pathologies psychiatriques :**  OUI  NON

Si OUI lesquels : \_\_\_\_\_

Patient stabilisé :  OUI  NON

- Traitement médical prescrit :  OUI  NON

Si OUI, lesquels : \_\_\_\_\_

- Suivi psychothérapique :  OUI  NON

Si OUI : nom du professionnel : \_\_\_\_\_

- Nombre de tentatives de suicide : \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

**Médicaux :**

**Chirurgicaux :**

**Conduites addictives :**

**Alcool**

- Non consommateur primaire
- En Usage
- En usage à risque
- En usage nocif
- Dépendant
- Non consommateur Secondaire (*abstinent*)  Depuis quand : \_\_\_\_\_
- Nombre de sevrage(s) alcool antérieur(s) : \_\_\_\_\_
- Date(s) (*précisez si hospitalier et/ou ambulatoire*) : \_\_\_\_\_

**Tabac :**  OUI  NON

Nombre de cigarettes jour : \_\_\_\_\_ Souhait d'arrêter ? \_\_\_\_\_

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

Traitements en cours tabac : \_\_\_\_\_

**Autres toxiques**

PRODUIT	ÂGE 1er usage	NOMBRE d'années d'utilisation	FREQUENCE	MODE de prise principal	SUBSTITUTION - (oui/non) - par quel produit. - date de démarrage et d'arrêt

--	--	--	--	--	--	--	--

**Autres addictions :** \_\_\_\_\_ **si oui, quel type d'usage ?**

**Jeu d'argent et de hasard :**

**Cyberdépendance :**

**Sexe :**

**Troubles du comportement alimentaire :**

**Autres (travail, sport...) :**

### **Antécédents gynécologiques et MST :**

**Grossesse en cours :** \_\_\_\_\_

**Contraception hormonale :** \_\_\_\_\_ **Sans contraception**

**Problèmes gynécologiques :** \_\_\_\_\_

**Autres :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MST :**

### **Autres pathologies et / ou traitements en cours**

### **Autonomie**

**Indice de Karnofsky :**

## INDEX DE KARNOFSKY

Définition	%	Critères
Capable de mener une activité normale et de travailler ; pas besoin de soins particuliers	100	Normal ; pas de plaintes ; pas d'évidence de maladie
	90	Capable d'une activité normale ; signes ou symptômes mineurs en relation avec la maladie
	80	Activité normale avec effort ; signes ou symptômes de la maladie
Incapable de travailler ; capable de vivre à domicile et de subvenir à la plupart de ses besoins	70	Capacité de subvenir à ses besoins ; incapable d'avoir une activité normale et professionnelle active
	60	Requiert une assistance occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins
	50	Requiert une assistance et des soins médicaux fréquents
Incapable de subvenir à ses besoins ; requiert un équivalent de soins institutionnels ou hospitaliers	40	Invalide ; requiert des soins et une assistance importants
	30	Sévèrement invalide ; hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent
	20	Extrêmement malade ; hospitalisation nécessaire ; traitement actif de soutien nécessaire
	10	Mourant ; mort imminente
	0	Décédé

Karnofsky D. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Columbia University Press, New-York 1949 :191-205

### Déficiences retentissant sur l'autonomie ?

- Déficit moteur                      non                       modéré                       important
- Déficit des fonctions supérieures    non                       modéré                       important
- Fauteuil roulant                      non                       temporaire                       permanent
- Déambulateur, cannes                      non                       temporaire                       permanent

### Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?

- Aide à la toilette                      non                       ponctuelle                       permanente
- A la prise du traitement                      non                       ponctuelle                       permanente
- A la prise des repas                      non                       ponctuelle                       permanente
- Autre, précisez (aide(s) aux actes de la vie quotidienne : préparation culinaire/utilisation de l'électroménager / base(s) hygiène corporelle et des locaux) :

### Nécessité d'un accompagnement spécifique :

non                       soins infirmiers à domiciles                       HAD  (libéral, SSIAD)

## Commentaires (rapport médical)

### **Document(s) impératif(s) en complément du dossier médical :**

- Dossier social de demande d'admission, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure, associé à la photocopie du carnet de santé
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur
- Une lettre de motivation du demandeur.

**Signature et Cachet du médecin.**