

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

Version mise à jour en Mars 2006

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT

Nom du médecin demandeur : _____ Date : _____
Téléphone : _____

Identité du candidat à l'ACT :

➤ Nom : _____ ➤ Sexe : Masculin Féminin
➤ Prénom : _____ ➤ Date de naissance : _____
➤ Age : _____

Réservé au service ACT

N° de dossier:.....

Avis motivé :

.....

Environnement médical :

➤ Hôpital référent : _____
➤ Service : _____
➤ Médecin référent : _____
➤ Médecin de ville : _____

DONNEES MEDICALES

Pathologie(s) motivant la demande :

VIIH non oui
Autre(s) non oui , laquelle (lesquelles).....

Si pathologie VIIH :

➤ Date de découverte de la séropositivité VIIH : ➤ Stade CDC :.....
➤ Maladies opportunistes : oui non
si oui, lesquelles :
- évolutive : oui non
- évolutive : oui non
- évolutive : oui non
➤ Bilan immunovirologique :
- date du dernier bilan : - taux de CD4 : - charge virale :

Si pathologie non VIIH :

➤ Date de début (découverte) de la maladie :
➤ Évolutive : ➤ Stabilisée :
➤ Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)
.....
.....
.....

Traitements :

En cours:
.....

Pathologie(s) associée(s)

➤ Hépatites :

- hépatite B DNA Viral : + -
- hépatite C PCR : + - Génotype :
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :
- traitements ?

➤ Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique

- si oui, - traitement médical prescrit oui non
- préciser la nature du traitement :
- suivi psychothérapique oui non

➤ Conduites addictives / Alcool

- oui non
- si oui, préciser lesquelles :
- type de substitution : depuis quand ? :
- suivi en centre spécialisé : oui non / en médecine de ville : oui non

➤ Autres (HTA, IRC, diabète, épilepsie, cancer, maladie alcoolique du foie, BPCO...) oui non

- si oui, préciser lesquelles :
-
-
-

Autonomie

➤ Indice de Karnofsky :

➤ Déficience 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 ?

- à la toilette non ponctuelle permanente
- à la prise du traitement non ponctuelle permanente
- à la prise des repas non ponctuelle permanente
- autre Si oui, préciser :

Nécessité de prise en charge spécifique

- Non Soins à domicile Hospitalisation à domicile

Commentaires : (grossesse, observance du traitement, état général...)

.....

.....

.....

.....

Joindre un rapport médical, si possible ++

Date, signature et cachet du médecin