

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

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

**Si pathologie VIH :**

- Date de découverte de la séropositivité VIH : ..... ➤ 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 VIH :**

- 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

oui  non 

Si oui, - traitement médical prescrit

oui  non 

- préciser la nature du traitement : .....

.....

- suivi psychothérapeutique

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 

Date, signature et cachet du médecin

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

.....

.....

.....

.....

**Joindre un rapport médical, si possible ++**