

**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**

Date : _____
Nom du médecin demandeur : _____ 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 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 spécifiqueNon 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 ++