



**Dossier médical de demande d'admission
En Appartement de coordination Thérapeutique (ACT)**

A adresser au médecin coordonnateur des ACT sous pli confidentiel

A l'adresse : ADALEA – ACT – 9 Rue Napoléon 1er 56300 PONTIVY

Merci de joindre tout élément médical pertinent pour étayer le dossier :

- Ordonnances
- Comptes rendus de consultations et/ou d'hospitalisation
- Résultats d'examens complémentaires...

Personne à contacter pour demande(s) de renseignements : Tél :Mail :

Date : _____

Nom du Médecin Demandeur : _____ Téléphone/Mail : _____

Identité du candidat à l'ACT

Nom : _____ Sexe : Masculin Féminin

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Numéro de téléphone du patient ou de la personne à contacter: _____

Réservé au service ACT

N° dossier :

Date de réception :

Avis motivé :

Environnement médical

Hôpital référent :

Service :

Médecin référent :

Médecin traitant :

DONNÉES MÉDICALES

Pathologie(s) chronique motivant la demande :

- Nature/Diagnostic(s) et date de début (découverte) de la maladie :

- Evolutive - Stabilisée

- Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques :

Pathologie(s) associée(s) :

- Pathologies somatiques associées :

Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique : oui non

Si oui, . Préciser le(s)quel(s) :

. Traitement médical prescrit oui non

. Préciser la nature du traitement _____

. Suivi psychothérapique : oui non

. Nom et coordonnées du thérapeute référent/lieu de soins :

- Conduites addictives / Alcool oui non

Si oui, préciser lesquelles : _____

Type de substitution : _____ depuis quand ? _____

Suivi en centre spécialisé : oui non

Suivi en médecine de ville : oui non

Nom et coordonnées de thérapeute référent/centre de soins :

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 important

. déambulateur / cannes non temporaire important

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

. à la toilette non ponctuelle permanent

. à la prise du traitement non ponctuelle permanent

. à la prise des repas non ponctuelle permanent

. autre Si oui, préciser : _____

- Nécessité d'un logement adapté aux personnes à mobilité réduite ?

Oui Non

Traitements/Accompagnement paramédical

- Traitement médicamenteux en cours (ou joindre une copie de l'ordonnance) :

- Prise en charge paramédicale indiquée (IDE, Kiné, ...) : Oui Non
Si oui, préciser quels types de soins et quelle fréquence :

- Prestations de santé à domicile indiquées (oxygène, lit médicalisé, stomie, sonde,) : oui Non :
Si oui, préciser le type de prestations :

- Hospitalisation à domicile indiquée : Oui Non
Si oui, HAD en cours ? Oui Non

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

Signature et cachet