

A adresser au service médical des ACT sous pli confidentiel

A l'adresse : AMISEP-Service Tiliamm-ACT-21 Place de la Libération-56000 Vannes

Ou par mail : infirmiere.act@amisep.fr

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'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

Service TI-LIAMM-AMISEP
Dispositif ACT
21 Place de la libération- BP 378
56000 Vannes
02-97-40-69-79
act.vannesaurayploermel@amisep.fr

ACT Ti-Liamm

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE POUR ÉTUDE EN COMMISSION D'ADMISSION

Dans le cadre d'une demande d'admission en appartement de coordination thérapeutique, des informations complémentaires, concernant l'autonomie de la personne dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, sont nécessaires pour permettre à la commission d'admission de déterminer la capacité de la personne à vivre en appartement et d'anticiper les aides éventuelles à mettre en place.

Ce document est à remplir par un professionnel (soignant, accompagnateur social) conjointement avec par la personne.

	Fait spontanément	Fait en partie ou avec aide	Fait avec aide permanente	Ne fait pas
Actes de la vie quotidienne				
Assurer sa propreté corporelle et vestimentaire				
Faire ses courses				
Préparer ses repas				
Manger seul				
Entretenir son lieu de vie				
Se déplacer à l'intérieur				
Se déplacer à l'extérieur				
Utiliser les moyens de transports				
Gestion des soins				
Suivre et observer sa prescription médicamenteuse				
Se rendre à ses RDV médicaux				
Communication				
Etre capable d'alerter en cas de problème				
Être capable d'utiliser un moyen de communication				

Commentaire :