

## DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)

(À adresser par voie postale sous pli confidentiel avec le dossier social  
à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT)

| MÉDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE | TAMPON |
|--------------------------------|--------|
| NOM : .....                    |        |
| TEL : .....                    |        |

| Identité du patient |  |
|---------------------|--|
| NOM :               | Prénom :   |
| Date de naissance : | Sexe :   |
| Téléphone :         | Médecin traitant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours |

### Données médicales

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LA COPIE DES COURRIERS MÉDICAUX RÉCENTS  
(moins de 6 mois)**

**Pathologie chronique somatique** motivant la demande d'admission en ACT :

.....  
.....  
.....

**Stade** : .....

**Autres pathologies associées** :

.....  
.....  
.....

**Troubles psychiques/ psychiatriques** La(les) quelle(s) : .....  
Suivi :  oui  non Service ou médecin réfèrent : .....

**Conduites addictives** La(les) quelle(s) : .....  
Suivi :  oui  non Service ou médecin réfèrent : .....

Grossesse en cours :  **oui**  **non**

Antécédents médicaux notables :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# Fondation Edith Seltzer

**Traitement : JOINDRE IMPÉRATIVEMENT L'ENSEMBLE DES ORDONNANCES EN COURS.**

Besoins d'aide à l'observance :

.....  
.....

**Perspectives thérapeutiques :**

.....  
.....  
.....

**Autonomie**

- Déficit cognitif : .....
- Déficit moteur : .....

A besoin d'être aidé(e) dans les actes de la vie quotidienne :

- Courses  Préparation des repas  Prise des repas
- Hygiène personnelle / habillage  Ménage
- Autre(s) : .....

**Besoins en accompagnement :**

- Accès aux soins  Coordination des soins
- Compréhension de la maladie  Compréhension du traitement
- Equilibre alimentaire  Autres(s) : .....

**Autres informations :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Signature :**

**Date :** ..... / ..... / 20