

## 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)

<p style="text-align: center;"><b>MEDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE</b></p> <p><b>NOM :</b> .....</p> <p><b>TEL :</b> .....</p>	<p><b>TAMPON</b></p>
--	----------------------

<b>Identité du patient</b>	
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 :

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

**Traitement : JOINDRE IMPERATIVEMENT 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