



Pour Accueillir, Gérer, Orienter, Développer, Ensemble



Appartements de Coordination Thérapeutique

Dossier médical type de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur de l'ACT

Nom du médecin demandeur : _____ Date : _____
Téléphone : _____

Identité de la personne

Nom :
Prénom :
Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance :

Réservé au service ACT

N° de dossier :

Avis motivé :

Environnement médical

- Hôpital référent :
- Service :
- Médecin référent :
- Médecin traitant :

Pathologie(s) motivant la demande

- **VIH** : Non Oui
- **Autres** : Non Oui

Si oui, laquelle (ou lesquelles) :

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

Si pathologie VIH

- **Date de découverte de la séropositivité VIH :**
- **Stade CDC :**
- **Maladies opportunistes :** Non Oui
Si oui, lesquelles :
 - Evolutive : Non Oui
 - Evolutive : Non Oui
 - Evolutive : Non Oui
 - Evolutive : Non Oui
- **Bilan immunovirologique :**
 - Date du dernier bilan :
 - Taux de CD4 :
 - Charge virale :

Si pathologie non VIH

- **Date de début (découverte de la maladie) :**
Evolutive Stabilisée
- **Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et / ou radiographiques) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitements

- **En cours (posologie, voie d'administration, durée du traitement...) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pathologies associées

- **Hépatites :**

- Hépatite B DNA viral : + -
- Hépatite C PCR : + - Génotype :
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :
- Traitements :

- **Troubles psychiques et / ou pathologies psychiatriques :** Non Oui

Si oui,

- Traitement médical prescrit : Non Oui

Si oui, préciser la nature du traitement :

.....
.....

- Suivi psychothérapeutique : Non Oui

- **Conduites addictives / alcool :** Non Oui

Si oui, lesquelles :

-
-

Type de substitution : Depuis quand :

Suivi en centre spécialisé : Non Oui

Suivi par le médecin traitant : Non Oui

- **Autres (HTA, IRC, diabète, épilepsie, cancer, maladie alcoolique du foie, BPCO...) :**

Non Oui

Si oui, lesquelles :

-
-
-
-
-
-
-

Autonomie

- **Indice de Karnofsky :**

- **Déficiences retentissant sur l'autonomie ?**

Si oui, lesquelles :

- 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 ?**

- A la toilette Non Ponctuelle Permanente
- A la prise de traitement Non Ponctuelle Permanente
- A la prise des repas Non Ponctuelle Permanente
- Autre (préciser) :

Renseignements divers

- **Allergies :**

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

- **Contenance :**

- Urinaire ? Oui Non
- Porteur d'une sonde urinaire ? Oui Non
- Fécale ? Oui Non
- Porteur d'une poche ? Oui Non
- Si oui, savez-vous la changer seul ? Oui Non

- **Avez-vous une prothèse dentaire ?** Oui Non

- **Présence de carie(s) ?** Oui Non

- **Portez-vous des lunettes ?** Oui Non

- **Avez-vous des prothèses auditives ?** Oui Non

RDV prévus à l'admission

Spécialité	Nom du médecin	Lieu	Jour	Heure	Moyen de transport

Nécessité de prise en charge spécifique

- Non
- Soins à domicile
- Hospitalisation à domicile

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

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

Date, signature et cachet du médecin