

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

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

Tampon du médecin instruisant la demande	
-------------------------------------------------	--

Identité du patient	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Téléphone :	

Données médicales

**Joindre impérativement les ordonnances des traitements en cours
et les courriers médicaux récents (< 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 référent :

Conduites addictives La(les)quelle(s) :

Suivi : oui non Service ou médecin référent :

Grossesse en cours : oui non

Antécédents médicaux notables :

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

Traitement : **Joindre les photocopies de l'ensemble des ordonnances.**

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 :

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

Date :// 20.....

Signature :