



**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)

MÉDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE	TAMPON
NOM :	
TEL :	

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

Données médicales

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LES COPIES DES ÉLÉMENTS MÉDICAUX (courriers médicaux, éléments biologiques et d'imagerie) 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 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 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
- Équilibre alimentaire Autres(s) :

Autres informations :

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

Date :// 20.....

Signature :