



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 :