



ACT
9 rue Jules Massenet
42120 le coteau
04.77.72.73.25

DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

dispositif de coordination thérapeutique et/ou social hors les murs

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

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 :