

**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)*

<b>Tampon du médecin instruisant la demande</b>	
---	--

<b>Identité du patient</b>	
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 :