

Dossier social type de demande d'admission en ACT

Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion » (extrait du décret 2002-1227 du 3 octobre 2002).

(Ne pas remplir)

<u>Etablissement instruisant la demande</u>	
<u>Nom et qualité du travailleur social</u>	
<u>Coordonnées</u>	

<u>Réservé au service ACT</u>	<u>N°</u>
<u>Date réception</u>	<u>Date réponse</u>
<u>Compte-rendu médical</u> oui/non	
Avis de l'équipe	

Type d'hébergement ACT demandé

<input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Semi-collectif	<input type="checkbox"/> Individuel
------------------------------------	---	-------------------------------------

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) :	Nombre d'accompagnant(s)* :
-----------------------	-----------------------------

Etat Civil du(des) demandeur(s)

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Nationalité		
Pièce d'identité. Validité et nature (CNI, Titre de séjour, APS,...)		
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	Oui Non	Oui Non
Tutelle/curatelle		

Etat Civil du(des) enfants(s)

Nom-Prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez
			oui	non	

* accompagnants : toutes personnes non-malades (enfants, conjoint, compagnon,...) vivant avec le demandeur.

Logement/Hébergement actuel

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Type de logement/hébergement		
Facultatif : Coordonnées		

Ressources

Nature (AAH, RMI, salaire...)	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
	Montant	Montant
Total		

Charges

Nature	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
	Montant	Montant
Total		
Dettes éventuelles		

Couverture Sociale

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Base (régime général, CMU)		
CMU Complémentaire / Mutuelle		
100% A.L.D.		
AME		

Autre(s) intervenant(s)

Evaluation Sociale à joindre

Précisez tous les éléments utiles à la demande d'admission : tels que la capacité à vivre seul et les éventuels projets à court et/ou moyen terme.

Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :

- *Rapport médical, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure.*
- *Demande d'admission en ACT signée par le demandeur.*
- *N'oubliez pas que certaines structures ACT souhaitent une lettre de motivation du demandeur (cf. liste des associations).*

Signature du professionnel instruisant la demande

Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)¹

Je soussigné(e)² _____

Né(e) le _____ à _____

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s)
ACT³ suivante(s) :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette(ces) structure(s).

Fait à _____ Le _____

Signature

¹ Signer une demande d'admission par demandeur

² Nom du demandeur

³ Nom de la(des) structure(s)

Dossier médical type de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

Version mise à jour en Mars 2006

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT

Nom du médecin demandeur : _____ Date : _____
Téléphone : _____

Identité du candidat à l'ACT :

➤ Nom :	➤ Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
➤ Prénom :	➤ Date de naissance :
	➤ Age :

Réservé au service ACT

N° de dossier:.....

Avis motivé :

.....

Environnement médical :

➤ Hôpital référent :
➤ Service :
➤ Médecin référent :
➤ Médecin de ville :

DONNEES MEDICALES

Pathologie(s) motivant la demande :

VIIH non oui
Autre(s) non oui , laquelle (lesquelles).....

Si pathologie VIIH :

➤ Date de découverte de la séropositivité VIIH :	➤ Stade CDC :.....	
➤ Maladies opportunistes :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
si oui, lesquelles :		
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
➤ Bilan immunovirologique :		
- date du dernier bilan :	- taux de CD4 :	- charge virale :

Si pathologie non VIIH :

➤ Date de début (découverte) de la maladie :	
➤ Évolutive <input type="checkbox"/> :	➤ Stabilisée <input type="checkbox"/> :
➤ Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)	
.....	
.....	
.....	

Traitements :

En cours:
.....

Pathologie(s) associée(s)

➤ Hépatites :

- hépatite B DNA Viral : + -
- hépatite C PCR : + - Génotype :.....
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :
- traitements ?

➤ Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique oui non
si oui, - traitement médical prescrit oui non
 - préciser la nature du traitement :

 - suivi psychothérapique oui non

➤ Conduites addictives / Alcool oui non
si oui, préciser lesquelles :
.....
type de substitution : depuis quand ? :
suivi en centre spécialisé : oui non / en médecine de ville : oui non

➤ Autres (HTA, IRC, diabète, épilepsie, cancer, maladie alcoolique du foie, BPCO...) oui non
si oui, préciser lesquelles :
.....
.....

Autonomie

➤ Indice de Karnofsky :

➤ Déficience retentissant sur l'autonomie ?

- déficit moteur	non <input type="checkbox"/>	modéré <input type="checkbox"/>	important <input type="checkbox"/>
- déficit des fonctions supérieures	non <input type="checkbox"/>	modéré <input type="checkbox"/>	important <input type="checkbox"/>
- fauteuil roulant	non <input type="checkbox"/>	temporaire <input type="checkbox"/>	permanent <input type="checkbox"/>
- déambulateur / cannes	non <input type="checkbox"/>	temporaire <input type="checkbox"/>	permanent <input type="checkbox"/>

➤ Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?

- à la toilette	non <input type="checkbox"/>	ponctuelle <input type="checkbox"/>	permanente <input type="checkbox"/>
- à la prise du traitement	non <input type="checkbox"/>	ponctuelle <input type="checkbox"/>	permanente <input type="checkbox"/>
- à la prise des repas	non <input type="checkbox"/>	ponctuelle <input type="checkbox"/>	permanente <input type="checkbox"/>
- autre	Si oui, préciser :		

Nécessité de prise en charge spécifique

Non Soins à domicile Hospitalisation à domicile

Commentaires : (grossesse, observance du traitement, état général...)

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

Joindre un rapport médical, si possible ++

Date, signature et cachet du médecin