

# 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
<b>Total</b>		

## Charges

Nature	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
	Montant	Montant
<b>Total</b>		
<b>Dettes éventuelles</b>		

## 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)<sup>1</sup>

Je soussigné(e)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s) ACT<sup>3</sup> 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

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Signer une demande d'admission par demandeur

<sup>2</sup> Nom du demandeur

<sup>3</sup> 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  Féminin   
➤ 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 :**

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

**Si pathologie VIH :**

➤ Date de découverte de la séropositivité VIH : ..... ➤ Stade CDC :.....  
➤ Maladies opportunistes : ..... oui  non   
si oui, lesquelles :  
- ..... évolutive : oui  non   
- ..... évolutive : oui  non   
- ..... évolutive : oui  non   
➤ Bilan immunovirologique :  
- date du dernier bilan : ..... - taux de CD4 : ..... - charge virale : .....

**Si pathologie non VIH :**

➤ Date de début (découverte) de la maladie : .....  
➤ Évolutive  : ..... ➤ Stabilisée  : .....  
➤ Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)  
.....  
.....  
.....

**Traitements :**

En cours: .....  
.....

