

DOSSIER MEDICAL TYPE - ACT 84

**Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)
A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur – Dr DUFFEZ**

Nom du médecin demandeur : Date :

Téléphone :

IDENTITE DU CANDIDAT A L'ACT :

Nom : Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :

Prénom :

Age :

Réservé au service
ACT

N° de dossier :

ENVIRONNEMENT MEDICAL :

Hôpital référent :

Service :

Médecin référent :

Médecin de ville :

Avis motivé :

DONNEES MEDICALES

PATHOLOGIE(S) MOTIVANT LA DEMANDE :

VIH Hépatites Cancer Autres

SI PATHOLOGIE VIH :

- Date de découverte de la séropositivité VIH : Stade CDC :

- Maladies opportunistes : oui non
Lesquelles ?

- Bilan immunovirologique :

- date du dernier bilan : - taux de CD4 : - charge virale :

- Traitement :

.....
.....

SI PATHOLOGIES HEPATITES :

- Hépatite B DNA viral + -
- Hépatite C PCR + - Génotype :

- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :
- Traitement en cours ?
.....

Si CANCER :

- Date de début :
- Localisation :
- Evolutivité :
- Paraclinique :
.....
- Traitement :
.....

SI AUTRES :

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

PATHOLOGIES ASSOCIEES : oui non

- **Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique :** oui non
Si oui : - traitement médical prescrit
- préciser la nature du traitement :
.....
- suivi psychothérapique oui non

- **Conduites addictives :** oui non
Si oui, préciser lesquelles :
.....

Type de substitution : Depuis quand ?

Suivi en centre spécialisé : oui non En médecine de ville : oui non

- **Autres :** oui non
Si oui, préciser lesquelles :
.....
.....

AUTONOMIE :

Indice de Karnofsky :

- Déficience retentissant sur l'autonomie ?

- déficit moteur non modéré important
- déficit des fonctions supérieures non modéré important
- fauteuil roulant non temporaire permanent
- déambulateur / cannes non temporaire permanent

- Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers :

- à la toilette non ponctuelle permanente
- à la prise du traitement non ponctuelle permanente
- à la prise des repas non ponctuelle permanente

- autre Si oui, préciser :
.....

NECESSITE D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE :	Date, signature et cachet du médecin
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Soins à domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisation à domicile Commentaires : (grossesse, observance du traitement, état général ...)	

IMPORTANT :
MERCI DE JOINDRE UN COMPTE RENDU MEDICAL DETAILLE AU Dr DUFFEZ