

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