

**DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION
EN APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)**

A adresser au médecin coordonnateur des ACT sous pli confidentiel

A l'adresse : AMISEP Medecin Coordinateur 3 rue du Médecin Général Robic BP 69 56300 PONTIVY

Date : _____

Nom du Médecin Demandeur : _____ Téléphone/Mail : _____

Identité du candidat à l'ACT

Nom : _____ Sexe : Masculin Féminin
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Age : _____

Réservé au service ACT

N° dossier : _____
Date de réception : _____
Avis motivé : _____

Environnement médical

Hôpital référent : _____
Service : _____
Médecin référent : _____
Médecin de ville : _____

DONNÉES MÉDICALES

Pathologie(s) chronique motivant la demande :

VIH cancer Diabète VHB VHC
Autres non oui, 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 : _____
- Evolutive : _____ - Stabilisée : _____
- Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques) : _____

Traitements :

En cours : _____

Pathologie(s) associé(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 psychothérapeutique : 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 modéré important
. déficit des fonctions supérieures non modéré important
. fauteuil roulant non temporaire important
. déambulateur / cannes non temporaire important

- Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?
. à la toilette non ponctuelle permanent
. à la prise du traitement non ponctuelle permanent
. à la prise des repas non ponctuelle permanent
. 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

Signature et cachet