

**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 <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"/>	important <input type="checkbox"/>
. déambulateur / cannes	non <input type="checkbox"/>	temporaire	<input type="checkbox"/>	important <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"/>	permanent <input type="checkbox"/>
. à la prise du traitement	non <input type="checkbox"/>	ponctuelle	<input type="checkbox"/>	permanent <input type="checkbox"/>
. à la prise des repas	non <input type="checkbox"/>	ponctuelle	<input type="checkbox"/>	permanent <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**

**Signature et cachet**

Service LE RELAIS -AMISEP

Dispositif ACT

3 Rue du Médecin Général Robic - BP 69 - 56303 PONTIVY Cedex

Tél. : 02.97.25.44.58 - Fax. : 02.97.25.78.29 - Courriel : [actpontivyloudéac@amisep.fr](mailto:actpontivyloudéac@amisep.fr)