

Dossier médical d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :

Coordonnées du médecin adressant le patient

| | |
|-------------|----------|
| Nom : | Prénom : |
| Structure : | |
| Service : | Fax : |
| Téléphone : | Mail : |

Coordonnées du médecin traitant

| | |
|-------------|-------|
| Nom | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | |
| Mail : | Fax : |

Autres médecins et spécialités :

Données médicales

Pathologie motivant la demande : (cochez la case)

Pathologie VIH :

➤ Date de découverte de la maladie et anamnèse :.....
.....
.....

➤ Stade CDC :.....

➤ Maladies opportunistes :

Si oui lesquelles :.....
.....
.....

Date du dernier bilan :..... CD4 : Charge virale :.....

Hépatites chroniques :

➤ Date de découverte de la maladie :.....

➤ Quelles hépatites:.....

➤ Génotype :..... DNA Viral :..... PCR :

➤ Date du dernier fibroscanner et autres explorations :
.....
.....
.....

Autres pathologies : (IRC, Cancer, Diabète, SEP, épilepsie, BPCO, HTA...)

➤ Nom de la pathologie :.....

➤ Date de découverte de la pathologie :.....

➤ Anamnèse de la pathologie, clinique et les derniers résultats :.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pathologies associées :

➤ **Troubles psychiatriques :** oui non

Si oui, précisez le suivi et les coordonnées du psychiatre ou du psychologue :

.....

➤ **Conduites addictives :** oui non

Si oui, précisez lesquelles :

.....

Suivi en centre spécialisé ? si oui les coordonnées du spécialiste

.....

TRAITEMENTS

.....

➤ **Nécessité d'une aide à la prise du traitement :**

Non Temporaire Permanent

Si oui pour quelles raisons ?

.....

AUTONOMIE

➤ **Nécessité d'une aide à la vie quotidienne :**

- A la toilette non partielle complète
- A la prise des repas non oui
- Soins infirmiers non oui :

➤ **Appareillages :**

- Fauteuil roulant
- Déambulateur

- Cannes

➤ **Autres déficits retentissant sur l'autonomie :**

.....
.....
.....

Prise en charge spécifique

HAD, HDJ etc :

.....

Date, signature et cachet du médecin