Dossier de demande d'admission
Appartement de Coordination Thérapeutique
Volet social

Théraparts
Un tremplin vers l'avenir

PRÉSENTATION

Les ACT classiques et les ACT Hors les murs (sans hébergement) proposent un accompagnement global qui comprend :

- Une coordination de soins
- Un accompagnement psychosocial
- Un logement temporaire (uniquement en ACT classique)

Il est nécessaire d'adhérer à l'ensemble de ces deux/trois axes pour bénéficier d'un accompagnement de qualité. Notre objectif commun est d'accompagner le demandeur vers le plus d'autonomie possible.

Tous les éléments demandés dans ce dossier sont essentiels pour étudier la demande. Indiquez tout élément qui vous parait important à prendre en compte.

En plus de ce dossier, un dossier médical est à compléter et à adresser au médecin coordinateur des ACT, soit par voie postale sous pli fermé, soit par mail à l'adresse suivante act@theraparts.fr.

Ma demande concerne :

- ☐ les ACT classiques (avec hébergement)
- ☐ les ACT Hors les murs (sans hébergement)
- ☐ les deux

PARTIE 1

A remplir par le demandeur en priorité, accompagné si besoin d'un travailleur social.

Nom, prénom :

Date de naissance :

Tél/mail :

Adresse actuelle :

135 rue du Président Coty
Pavillon Trousseau – Bat 10
59200 Tourcoing

03 20 69 46 31

act@theraparts.fr

- Vous êtes :
  - ☐ Hébergé(e) chez un tiers
  - ☐ Locataire
  - ☐ Propriétaire
  - ☐ Sans domicile fixe
  - ☐ En colocation
  - ☐ Hébergé(e) en structure (préciser) ⇗

Nom :

Adresse :

Téléphone/mail :

- Vous possédez :
  - ☐ Une carte nationale d'identité ou un passeport____⇨
  - ☐ Titre de séjour/Récépissé _____⇨
  - ☐ Autorisation Provisoire de Séjour_____⇨
  - ☐ Aucun document administratif

Date de validité :

- Numéro de sécurité sociale : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

- Bénéficiez-vous de l'Affection Longue Durée pour votre pathologie principale (ALD 100% maladie chronique) ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
  - ☐ En cours

- Etes-vous sous mesure de protection (curatelle, sauvegarde de justice, MASP/MAJ…) ?
  - ☐ Oui (préciser) ⇘

Nom :

Adresse :

Téléphone/mail :

Mesure :

  - ☐ Non
  - ☐ En cours, demande envoyée le _____

- Bénéficiez-vous de droits accordés par la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) ?
  - ☐ Oui ↘
    - ☐ AAH (Allocation adulte handicapé)
    - ☐ Carte d'invalidité
    - ☐ Orientation vers l'établissement_____
    - ☐ PCH (prestation compensatoire du handicap)
    - ☐ RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)
  - ☐ Non

- Pensez-vous effectuer une demande auprès de la MDPH ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non

Si oui, que demandez-vous et pour quelle raison ?

- Situation familiale
  - ☐ Célibataire
  - ☐ Marié(e)
  - ☐ Pacsé(e)
  - ☐ Séparé(e)
  - ☐ Divorcé(e)
  - ☐ Veuf/veuve
  - ☐ Union libre

- Serez-vous accompagnée par une ou plusieurs personnes, majeures ou mineures pour habiter le logement ?
  - ☐ Oui (compléter le tableau page suivante)
  - ☐ Non

➲ Accompagnants

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Nationalité	Nature du titre d'identité	Lien avec le demandeur	Cocher si à charge

➲ Ressources

Nature (RSA, AAH, salaire, pension d'invalidité, indemnité journalière, pension, …)	Demandeur (montant)	Accompagnant (montant)
TOTAL		

A Théraparts, un accompagnement à la gestion du budget est possible (dépenser malin, gestion des dépenses, consommation d'énergie…).

- Actuellement, bénéficiez-vous d'aide pour gérer votre budget, vos dépenses ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non

- Avez-vous un dossier de surendettement en cours ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non

EXPRESSION LIBRE

Si vous en avez la possibilité, nous aimerions connaitre vos projets, vos envies, vos besoins. Ecrivez ci-dessous ou sur papier libre en quoi être accompagné par Théraparts peut vous aider. Qu'attendez-vous de votre passage à Théraparts ?

PARTIE 2

A remplir par la personne qui oriente la demande

Nom, prénom :

Structure :

Tél/mail :

Adresse :

D'autres partenaires interviennent-ils auprès de la personne et/ou de ses accompagnants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer nom, adresse, téléphone, mail, et pour la/les personne(s) concernée(s) :

Merci de compléter la demande d'admission avec une note sociale comprenant les informations suivantes :

- Situation sociale. Date de début (et de fin le cas échéant) de votre accompagnement auprès de la personne et le contexte au démarrage (la personne-t-elle possède un entourage, des amis, de la famille, …)

- Situation administrative. Titre d'identité, démarches envisagées, ressources, capacités de la personne à réaliser seule ses démarches.

- Situation de santé. Sans rentrer dans les détails, la personne bénéficie-t-elle ou a-t-elle besoin d'un suivi spécialisé en addictologie, psychiatrie ou autre.

- Situation de logement/hébergement. Expérience de logement, hébergement, évaluation de la vie quotidienne (la personne a-t-elle les capacités de se nourrir, de se laver, de faire ses courses, d'appeler les secours, des aides à domicile seront-elles nécessaires,…)

Ces informations nous sont **essentielles** pour la compréhension de la situation. Ajoutez tout élément qui vous parait important à prendre en compte.

Théraparts
Un tremplin vers l'avenir

Dossier de demande d'admission
Appartement de Coordination Thérapeutique
Volet médical

PRÉSENTATION

Les ACT classiques et les ACT Hors les murs (sans hébergement) proposent un accompagnement global qui comprend :

- Une coordination de soins
- Un accompagnement psychosocial
- Un logement temporaire (uniquement en ACT classique)

Il est nécessaire d'adhérer à l'ensemble de ces deux/trois axes pour bénéficier d'un accompagnement de qualité. Notre objectif commun est d'accompagner le demandeur vers le plus d'autonomie possible.

Tous les éléments demandés dans ce dossier sont essentiels pour étudier la demande. Indiquez tout élément complémentaire qui vous parait important à prendre en compte.

Ce volet médical est à adresser au médecin coordinateur des ACT, soit par voie postale sous pli fermé, soit par mail à l'adresse suivante act@theraparts.fr.

COORDONNÉES

LE PATIENT

Nom, prénom :

Date de naissance :

Tél/mail :

Adresse actuelle :

Théraparts/demande d' admission-volet médical/05/01/2024

CONFIDENTIEL

135 rue du Président Coty
Pavillon Trousseau – Bat 10
59200 Tourcoing

03 20 69 46 31

act@theraparts.fr

LE MÉDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE

Nom, prénom :

Structure :

Service :

Téléphone/mail :

LE MÉDECIN TRAITANT ACTUEL

Nom, prénom :

Structure :

Service :

Téléphone/mail :

AUTRES MÉDECINS ET SPECIALITÉ

CONFIDENTIEL

DONNÉES MÉDICALES

PATHOLOGIE PRINCIPALE MOTIVANT LA DEMANDE

Nom de l'affection longue durée principale :

Date de découverte de l'affection longue durée : _____

Anamnèse et clinique :

PATHOLOGIE(S) ASSOCIÉES

CONFIDENTIEL

TRAITEMENT EN COURS

Nom du médicament (en MAJUSCULES)	Nombre de prises/jour

CONFIDENTIEL

TROUBLE(S) PSYCHIATRIQUE(S)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne :

Suivi actuel, traitement et coordonnées du psychiatre ou du psychologue :

ADDICTIONS

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne :

Suivi actuel, traitement et coordonnées du médecin référent :

CONFIDENTIEL

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET/OU CHIRURGICAUX

ALLERGIES

AUTRES PRÉCISIONS

Poids : _____

Taille : _____

Langue parlée : _____

Autre :

CONFIDENTIEL

PERSPECTIVE THÉRAPEUTIQUE, PROJET DE SOINS

AUTONOMIE

Déficit cognitif (préciser) :

Déficit moteur (préciser) :

Déficit sensoriel (préciser) :

CONFIDENTIEL

AUTONOMIE DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Courses :

Préparation et prise des repas :

Hygiène personnelle/habillage :

Ménage :

Autres précisions utiles :

CONFIDENTIEL

- Besoin(s) d'accompagnement
  - ☐ Compréhension de la maladie
  - ☐ Observance
  - ☐ Compréhension du traitement
  - ☐ Coordination des soins
  - ☐ Autre : _____

AUTRES ÉTABLISSEMENTS SOLLICITÉS

IMPORTANT

Merci de joindre la copie :

- Des dernières ordonnances
- Des derniers comptes rendus (consultations/hospitalisations)

Date : **Signature :**

CONFIDENTIEL