



## Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

Je soussigné.e<sup>1</sup>

Né.e le

à

Demande l'examen

de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s) ACT<sup>2</sup> suivante(s) :

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Je suis informé.e qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette (ces) structure(s).

Fai à

Le

Signature

---

<sup>1</sup> Nom de la personne demandeuse

<sup>2</sup> Nom de la (des) structure (s)



## Dossier social de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

*Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T) « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion »*

Etablissement ou service instruisant la demande		Réservé au service ACT N°
Nom et fonction du travailleur social :		<u>Date de réception</u> <u>Date de réponse</u>
Adresse :		<u>Compte-rendu médical</u> oui/non Décision de la direction
Téléphone :		
Adresse électronique :		

### Type d'hébergement souhaité

<input type="checkbox"/> Semi-collectif	<input type="checkbox"/> Individuel
---	-------------------------------------

### Contexte de l'admission

<input type="checkbox"/> Seul.e	<input type="checkbox"/> Avec enfant*	<input type="checkbox"/> Avec Conjoint.e / Accompagnant .e*	<input type="checkbox"/> Avec Conjoint.e et enfant*
---------------------------------	---------------------------------------	---	---

**\*Si le demandeur est accompagné, veuillez remplir la page 7 « Situation de l'accompagnant »**

### Animaux de compagnie

Oui  Lequel ? Combien ?  
Non



Etat civil de la personne demandeuse :

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Situation familiale ( <i>célibataire, marié.e, concubinage, pacsé.e, veuf.ve...</i> )	
Nationalité	
Niveau d'études	
Pièce d'identité <i>Validité et nature (CNI, titre de séjour, APS)</i>	
Si titre de séjour, <i>(Précisez si autorisation de travailler)</i>	
Catégorie socio-professionnelle/Profession	
Protection Juridique <i>(Tutelle, curatelle, mandat spécial)</i> <i>Si oui,</i> <i>Coordonnées de l'institution et de la personne qui assure la protection juridique</i>	

Etat civil du (des) enfant(s)

Nom-prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez
			oui	non	

Logement/Hébergement actuel

Type de logement/hébergement	
Coordonnées : N° tél et mail pour joindre la personne demandeuse (Avec accord de la personne concernée)	



Ressources

Nature (AAH, RSA, salaire, APL...)	Montant
TOTAL	

Charges

Nature	Montant
TOTAL	
Dettes éventuelles	

Capacité financière à s'acquitter

	Montant
Loyer	
Dépôt de garantie	

Couverture sociale

Base (régime général, CMU)	
CMU Complémentaire/Mutuelle	
100 % ALD	
AME	



Autres :

Situation Judiciaire <i>(Sursis mise à l'épreuve, semi-liberté, etc ...)</i> Coordonnées CIP (Conseiller.e d'Insertion et de Probation) :	
Obligation de soin                    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Coordonnées de l'intervenant.e médico- social du lieu de soin :	

Autre.s intervenant.e.s :

--	--

Soutien psychologique / suivi psychothérapeutique :

Suivi passé <input type="checkbox"/>	Suivi actuel <input type="checkbox"/>
Date :	Psychologue : ( <i>Nom</i> )
Structure :	Structure :
	Coordonnées :



### Evaluation Sociale à joindre

Evaluation dans laquelle vous préciserez, le cas échéant, tous les éléments utiles à la demande d'admission : tels que la capacité à vivre seul.e (le cas échéant) , les besoins au quotidien et les éventuels projets à court et/ou moyen terme.

### **Documents à joindre en complément du dossier social :**

- Rapport médical, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure
- Demande d'admission en ACT signée par l'utilisateur
- Bilan socio-éducatif de l'utilisateur

*Date :*

*Signature du/de la professionnel.le instruisant la demande*



## SITUATION DE L'ACCOMPAGNANT

Nom et prénom	
Date de naissance	
Lien avec l'usager demandeur	
Nationalité	
Pièce d'identité <i>Validité et nature (CNI, titre de séjour, APS)</i>	

### Ressources

Nature (AAH, RSA, salaire, APL...)	Montant
TOTAL	

### Capacité financière à s'acquitter

	<i>Montant</i>
Loyer	
Dépôt de garantie	



Dossier médical de demande d'admission

<p><b>Dossier médical de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)</b> <i>A adresser sous pli « confidentiel » à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT</i></p>
--

Date :

<b>MEDECIN</b>	<p>Nom du médecin demandeur :</p> <p>Etablissement et/ou Service :</p> <p>Téléphone : <span style="float: right;">Mail :</span></p> <p>Adresse postale :</p>
<b>CANDIDATE A L' ACT</b>	<p><u>Identité :</u> Nom : Prénom : Sexe : <span style="background-color: #ADD8E6;">Masculin</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: #ADD8E6;">Féminin</span> <input type="checkbox"/> Date de naissance :</p> <p><u>Environnement médical :</u> Médecins traitants et spécialistes : • • • • Si hospitalisation(s) itérative (s) dans quel service ? • •</p>

Avis du médecin des ACT 28		
Date	AVIS	Signature et Cachet





Données médicales

Pathologie principale motivant la demande (pathologie principale et associée) :

Pathologie principale	
Date de Découverte	
Evolutive/ Stabilisée	
Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques,	
Traitement	



Pathologies associées			
Date de Découverte			
Evolutive/ Stabilisée			
Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques,			
Traitement			



**Si VIH**

- *Stade CDC :*
- *Maladies opportunistes :* OUI  NON

***Si OUI, Lesquelles :***

[REDACTED] évolutive : OUI  NON   
[REDACTED] évolutive : OUI  NON   
[REDACTED] évolutive : OUI  NON

**Bilan immunovirologique :**

**Date dernier bilan :**

**Taux de CD4 :**

**Charge virale :**

Traitement :

**Si Hépatite**

• Hépatite B  DNA Viral : + -

• Hépatite C  PCR : + - Génotype : [REDACTED]

• PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :

Traitement :



**Si BMR**

Laquelle

Traitement :

Préconisations hospitalières :

**Troubles psychiques et/ou pathologies psychiatriques :**

OUI

NON

Si oui, lesquels

• Traitement médical prescrit :

OUI

NON

Si oui : Lequel :

• Suivi psychothérapique :

OUI

NON

• Tendance suicidaire :

OUI

NON

**Conduites addictives :**

**Alcool**

Non consommateur primaire

Abstinent secondaire (abstinent)

Consommateur à risques

Dépendant

Commentaires :

**Tabac**

Nombre de cigarettes jour :

Souhait d'arrêter ?



Autres produits

Substance(s) Utilisée(s)	Age de premier usage	Nombre d'années de consommation	Fréquence	Modalité principale de consommation	Substitution aux opiacés
					Oui / Non
					Par quel produit ?  Date de début et fin

Antécédents gynécologiques

Nombre de grossesse(s) :

Grossesse en cours :

Contraception hormonale :

Sans contraception :

Problèmes gynécologiques :

Autres :



### Autonomie

#### Déficience retentissant sur l'autonomie ?

- Déficit moteur non  modéré  important
- Déficit des fonctions supérieures non  modéré  important
- Fauteuil roulant non  temporaire  permanent
- Déambulateur, cannes non  temporaire  permanent

#### Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?

- Aide à la toilette non  ponctuelle  permanent
- A la prise du traitement non  ponctuelle  permanent
- A la prise des repas non  ponctuelle  permanent
- Autre, précisez :

#### Nécessité d'un accompagnement spécifique :

Non  soins infirmiers à domiciles  HAD  (libéral, SSIAD)

### Commentaires :



**Documents à joindre en complément du dossier médical :**

- Dernière ordonnance
- Derniers courriers médicaux
- Carnet de vaccination
- Grille AGGIR de moins de 3mois

**Date :**

**Signature et Cachet du médecin.**