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

Je soussigné.e[1]

Né.e le à

Demande
l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s) ACT[2] suivante(s) :

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

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

Fait à Le

Signature

[1] Nom de la personne demandeuse
[2] 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 :		Date de réception Date de réponse
Adresse :		Compte-rendu médical oui/non Décision de la direction
Téléphone :		
Adresse électronique :		

Type d'accompagnement souhaité

	Logement Semi-collectif		**Logement Individuel**		**Dispositif Hors Les Murs (Sans hébergement)**

Contexte de l'admission

	Seul.e		**Avec enfant***		**Avec Conjoint.e /Accompagnant.e***		**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 *(célibataire, marié.e, concubinage, pacsé.e, veuf.ve…)*	
Nationalité	
Niveau d'études	
Pièce d'identité *Validité et nature (CNI, titre de séjour, APS)*	
Si titre de séjour, *(Précisez si autorisation de* travailler)	
Catégorie socio-professionnelle/Profession	
Protection Juridique *(Tutelle, curatelle, mandat spécial)* *Si oui,* *Coordonnées de l'institution et de la personne qui assure la protection juridique*	

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, CSS)* + date de validité	
CSS Complémentaire/Mutuelle + date de validité	
100 % ALD + date de validité	
AME + date de validité	

Autres :

Situation Judiciaire **(*Sursis mise à l'épreuve, semi-liberté, etc …)*** ***Coordonnées CIP (Conseiller.e d'Insertion et de Probation) :***	
Obligation de soin **oui ☐** **non ☐** **Coordonnées de l'intervenant.e médico-social du lieu de soin :**	

Autre.s intervenant.e.s :

Soutien psychologique / suivi psychothérapeutique :

Suivi passé ☐	**Suivi actuel** ☐
Date :	**Psychologue :** ***(Nom)***
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'usager
- ☐ Bilan socio-éducatif de l'usager

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 ***Validité et nature (CNI, titre de séjour, APS)***	

Ressources

Nature **(AAH, RSA, salaire, APL…)**	**Montant**
TOTAL	

Capacité financière à s'acquitter

	Montant
Loyer	
Dépôt de garantie	

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

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

Date :

MEDECIN	Nom du médecin demandeur : Etablissement et/ou Service : Téléphone : Mail : Adresse postale :
CANDIDAT.E A L' ACT	<u>Identité</u> : Nom : Prénom : Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ Date de naissance :
	<u>Environnement médical</u> : Médecins traitants et spécialistes : • • • • Si hospitalisation(s) itérative (s) dans quel service ? • •

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 :

Évolutive : **OUI** ☐ **NON** ☐
Évolutive : **OUI** ☐ **NON** ☐
Évolutive : **OUI** ☐ **NON** ☐

Bilan immunovirologique :

Date dernier bilan :
Taux de CD4 : ☐
Charge virale :

Traitement :

Si Hépatite

- Hépatite B ☐ DNA Viral : ☐ + ☐ -
- Hépatite C ☐ PCR : ☐ + ☐ - Génotype :
- 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.