

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

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

Médecin demandeur :

Nom et Prénom :

Etablissement :

Service :

Téléphone :

Mail :

Adresse postale :

Identité du demandeur :

Nom :

Prénom :

Genre :

Date de naissance :

Adresse actuelle :

Téléphone :

Mail :

Environnement médical

Médecin traitant :

Etablissement hospitalier référent :

Médecin hospitalier référent :

Service :

Autre(s) intervenant(s) (médicaux/psychologiques) :

Données médicales :

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

Pathologie(s)	
Evolutive/ Stabilisée	
Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques) <i>Joindre courrier et derniers résultats biologiques</i>	
Traitements <i>Joindre la dernière ordonnance</i>	
Dernières sérologies (<i>dates et documents</i>)	

Troubles psychiques et/ou pathologies psychiatriques :

Si OUI lesquels : [REDACTED]

[REDACTED]

Patient stabilisé :

- Traitement médical prescrit :
Si OUI, lequel : [REDACTED]

- Suivi psychothérapeutique :
Si OUI : nom du professionnel :

[REDACTED]

- Antécédents de tentative de suicide : [REDACTED]

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Conduites addictives

Alcool

- Non consommateur primaire
- En Usage
- En usage à risque
- En usage nocif
- Dépendant
- Non consommateur Secondaire (*abstinent*) Depuis quand :

Nombre de sevrage(s) alcool antérieur(s) :
Date(s) (*précisez si hospitalier et/ou ambulatoire*)

Tabac : OUI

NON

Nombre de cigarettes jour : [REDACTED] Souhait d'arrêter ? [REDACTED]

Traitements en cours tabac : [REDACTED]

Autres toxiques

PRODUIT	ÂGE 1er usage	NOMBRE d'années d'utilisation	FREQUENCE	MODE de prise principal	SUBSTITUTION - (oui/non) - par quel produit. - date de démarrage et d'arrêt

Addictions comportementales :

Jeu d'argent et de hasard :

Cyberdépendance :

Sexe :

Troubles du comportement alimentaire :

Autres (travail, sport...) :

INDEX DE KARNOFSKY

Définition	%	Critères
Capable de mener une activité normale et de travailler ; pas besoin de soins particuliers	100	Normal ; pas de plaintes ; pas d'évidence de maladie
	90	Capable d'une activité normale ; signes ou symptômes mineurs en relation avec la maladie
	80	Activité normale avec effort ; signes ou symptômes de la maladie
Incapable de travailler ; capable de vivre à domicile et de subvenir à la plupart de ses besoins	70	Capacité de subvenir à ses besoins ; incapable d'avoir une activité normale et professionnelle active
	60	Requiert une assistance occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins
	50	Requiert une assistance et des soins médicaux fréquents
Incapable de subvenir à ses besoins ; requiert un équivalent de soins institutionnels ou hospitaliers	40	Invalide ; requiert des soins et une assistance importants
	30	Sévèrement invalide ; hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent
	20	Extrêmement malade ; hospitalisation nécessaire ; traitement actif de soutien nécessaire
	10	Mourant ; mort imminente
	0	Décédé

Karnofsky D. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Columbia University Press, New-York 1949 :191-205

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 permanente
- A la prise du traitement non ponctuelle permanente
- A la prise des repas non ponctuelle permanente
- Autre, précisez (aide(s) aux actes de la vie quotidienne : préparation culinaire/utilisation de l'électroménager / base(s) hygiène corporelle et des locaux) :

Nécessité d'un accompagnement spécifique :

non soins infirmiers à domiciles HAD (libéral, SSIAD)

Commentaires (rapport médical)

Document(s) impératif(s) en complément du dossier médical :

- Dossier social de demande d'admission, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure, associé à la photocopie du carnet de santé
- Demande d'admission sociale en ACT signée par le demandeur
- Une lettre de motivation du demandeur.

Date :

Signature et Cachet du médecin.