

## DOSSIER MEDICAL TYPE - ACT 84

**Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)  
A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur – Dr DUFFEZ**

Nom du médecin demandeur : ..... Date : .....

Téléphone : .....

### IDENTITE DU CANDIDAT A L'ACT :

Nom : Sexe : Masculin  Féminin

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Réservé au service  
ACT

N° de dossier :

### ENVIRONNEMENT MEDICAL :

Hôpital référent :

Service :

Médecin référent :

Médecin de ville :

Avis motivé :

## DONNEES MEDICALES

### PATHOLOGIE(S) MOTIVANT LA DEMANDE :

VIH  Hépatites  Cancer  Autres

### SI PATHOLOGIE VIH :

- Date de découverte de la séroposivité VIH : ..... Stade CDC : .....

- Maladies opportunistes : oui  non   
Lesquelles ?

- Bilan immunovirologique :

- date du dernier bilan : ..... - taux de CD4 : ..... - charge virale : .....

- Traitement : .....

.....  
.....

**SI PATHOLOGIES HEPATITES :**

- Hépatite B  DNA viral  +  -  
- Hépatite C  PCR  +  - Génotype :

- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats : .....  
- Traitement en cours ? .....  
.....

**Si CANCER :**

- Date de début : .....  
- Localisation : .....  
- Evolutivité : .....  
- Paraclinique : .....  
.....  
- Traitement : .....  
.....

**SI AUTRES :**

- Date de début (découverte) de la maladie : .....  
Evolutive  : ..... Stabilisée  : .....  
- Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques) : .....  
.....

**PATHOLOGIES ASSOCIEES :**  oui .....  non

- **Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique :**  oui .....  non  
Si oui : - traitement médical prescrit  
- préciser la nature du traitement : .....  
.....  
- suivi psychothérapique  oui  non

- **Conduites addictives :**  oui .....  non  
Si oui, préciser lesquelles : .....  
.....

Type de substitution : ..... Depuis quand ? .....

Suivi en centre spécialisé :  oui  non En médecine de ville :  oui  non

- **Autres :**  oui  non  
Si oui, préciser lesquelles : .....  
.....  
.....

**AUTONOMIE :**

Indice de Karnofsky : .....

**- 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 :**

- à la toilette  non  ponctuelle  permanente
- à la prise du traitement  non  ponctuelle  permanente
- à la prise des repas  non  ponctuelle  permanente
- autre Si oui, préciser : .....

<b>NECESSITE D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE :</b>	Date, signature et cachet du médecin
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Soins à domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisation à domicile	
Commentaires : (grossesse, observance du traitement, état général ...) ..... .....	

**IMPORTANT :**  
**MERCI DE JOINDRE UN COMPTE RENDU MEDICAL DETAILLE AU Dr DUFFEZ**