



DEMANDE D'ADMISSION
APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)
DOSSIER MÉDICAL

ACT* (avec hébergement)

Les ACT dits « classiques » hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Les ACT s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale (extraits circulaire OGS (SO6/A)/OGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002).

ACT Hors les murs* (sans hébergement)

Ce dispositif permet de nouvelles missions complémentaires d'accompagnement médico-social, sans hébergement pour des personnes atteintes de maladie chronique, en situation de fragilité psychologique et sociale, et nécessitant des soins et un suivi médical. Les ACT Hors les murs, sont une modalité d'accompagnement qui s'inscrit dans une approche « d'aller-vers ». Ils répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat et visent à répondre de manière mieux adaptée aux besoins des personnes qui ne nécessitent pas une hospitalisation, mais qui sont par exemple éloignées de l'offre de soins et des dispositifs de prévention. Les ACT Hors les murs représentent une offre médico-sociale à caractère temporaire. La durée de l'accompagnement est définie par la structure en lien avec la personne accompagnée sur la base d'un projet individuel.

***Merci de cocher le dispositif que vous souhaitez prioritairement. Notre capacité étant limitée, toute admission dans un de nos deux dispositifs, reste sous réserve de disponibilité de place.**

MÉDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE

Nom :

Etablissement :

Service :

Tél. / email :

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Tél. / email :

DONNÉES MÉDICALES

Pathologie chronique motivant la demande d'admission en ACT :

.....
.....

Evolutive **Stabilisée**.....

Date de début de la maladie :

Pathologies associées en cours :

.....
.....
.....

Troubles psychiques/psychiatriques : oui non Si oui, lesquels:

.....
.....
.....

Suivi : oui non Service ou médecin référent:

Traitement : oui non Si oui, préciser :.....

Troubles de l'usage (y compris alcool) : oui non Si oui, lesquels:

.....
.....

Type de substitution :Depuis :

Suivi extérieur en cours : oui non Si oui, lequel :

.....

Grossesse en cours : oui non Date prévue d'accouchement :

Antécédents médicaux / chirurgicaux :

.....
.....
.....

Traitements en cours :

Médicamenteux.....

Autres.....

Perspectives thérapeutiques, projet de soins* :

.....
.....

Autonomie :

Déficit cognitif. Préciser.....

Déficit moteur. Préciser.....

Déficit sensoriel. Préciser.....

Autonome dans les actes de la vie quotidienne :

Courses : oui non

Préparation des repas : oui non

Prise des repas : oui non

Hygiène personnelle/habillage : oui non

Ménage : oui non

Autre :

.....
.....
.....

Besoin d'accompagnement :

Compréhension de la maladie

Compréhension du traitement

Observance

Coordination des soins

Autre... ..

Informations complémentaires:

.....
.....
.....
.....
.....

IMPORTANT: merci de joindre copie

Dernières ordonnances

Derniers comptes rendus (consultation et/ou hospitalisation)

Certificat médical de suivi en cours

Pass sanitaire

Date:/...../.....

Signature