

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

Version mise à jour en Mars 2006

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

Nom du médecin demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**Identité du candidat à l'ACT :**

➤ Nom :	➤ Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
➤ Prénom :	➤ Date de naissance :
	➤ Age :

Réservé au service ACT

N° de dossier:.....

Avis motivé :

.....

**Environnement médical :**

➤ Hôpital référent :
➤ Service :
➤ Médecin référent :
➤ Médecin de ville :

**DONNEES MEDICALES**

**Pathologie(s) motivant la demande :**

VIIH  non  oui  
Autre(s)  non  oui , laquelle (lesquelles).....

**Si pathologie VIIH :**

➤ Date de découverte de la séropositivité VIIH : .....	➤ Stade CDC :.....	
➤ Maladies opportunistes :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
si oui, lesquelles :		
- .....	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
- .....	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
- .....	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
➤ Bilan immunovirologique :		
- date du dernier bilan : .....	- taux de CD4 : .....	- charge virale : .....

**Si pathologie non VIIH :**

➤ Date de début (découverte) de la maladie : .....	
➤ Évolutive <input type="checkbox"/> : .....	➤ Stabilisée <input type="checkbox"/> : .....
➤ Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)	
.....	
.....	
.....	

**Traitements :**

En cours: .....
.....

## Pathologie(s) associée(s)

### ➤ Hépatites :

- hépatite B                       DNA Viral :  +     -
- hépatite C                       PCR :                       +     -                      Génotype : .....
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats : .....
- traitements ? .....

### ➤ Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique

- si oui,                      - traitement médical prescrit                      oui  non
- préciser la nature du traitement : .....
- suivi psychothérapeutique                      oui  non

### ➤ Conduites addictives / Alcool                      oui non

- si oui, préciser lesquelles : .....
- type de substitution : ..... depuis quand ? : .....
- suivi en centre spécialisé : oui  non  / en médecine de ville : oui  non

### ➤ Autres (HTA, IRC, diabète, épilepsie, cancer, maladie alcoolique du foie, BPCO...) 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 : .....

## Nécessité de prise en charge spécifique

- Non                       Soins à domicile                       Hospitalisation à domicile

## Commentaires : (grossesse, observance du traitement, état général...)

- .....
- .....
- .....

**Joindre un rapport médical, si possible ++**

Date, signature et cachet du médecin