



**LES AMITIÉS
D'ARMOR**

4 rue de Quercy - 29200 BREST

Tél. 02.98.03.15.80 - Fax 02.98.47.29.81

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

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

Date : _____

Nom du médecin demandeur : _____ Téléphone : _____

Identité du candidat à l'ACT :

Nom :

Sexe : Masculin Féminin

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Environnement médical :

Hôpital référent :

Service :

Médecin référent :

Médecin de ville :

2. Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique oui non

	OUI	NON
Anxiété		
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants		

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

 - suivi psychothérapeutique oui non

3. 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

4. Autres (HTA, IRC, diabète, épilepsie, cancer, maladie alcoolique du foie, BPCO,...) oui non

Si oui, préciser lesquelles :

5. Antécédents obstétricaux et chirurgicaux

.....

Autonomie

Indice de Karnofsky :

Déficience retentissant sur l'autonomie ?

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| - Déficit moteur | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/> | important <input type="checkbox"/> |
| - Déficit des fonctions supérieures | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> important <input type="checkbox"/> |
| - Fauteuil roulant | non <input type="checkbox"/> | temporaire <input type="checkbox"/> | permanent <input type="checkbox"/> |
| - Déambulateur / cannes | non <input type="checkbox"/> | temporaire <input type="checkbox"/> | permanent <input type="checkbox"/> |
| - Lit médicalisé | non | temporaire | permanent |
| - Matelas anti-escarre | non | temporaire | permanent |
| - Orthèse | non | temporaire | permanent |
| - Prothèse | oui | non | |
| - Pace-maker | oui | non | |
| - Déficit visuel | non | modéré | important |
| - Déficit auditif | non | modéré | important..... |

Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - A la toilette | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - A la prise du traitement | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - A la prise des repas | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - Autre | Si oui, préciser : | | |

Nécessité de prise en charge spécifique

Non Soins à domicile Hospitalisation à domicile

Soins techniques

	OUI	NON
Pansement		
Sonde d'alimentation		
Gastrostomie		
Sonde de trachéotomie		
Sonde urinaire		
Urétérostomie		
Colostomie		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		
O2		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI,...)		

Détail des soins nécessaires (pansements,...) :

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

Joindre un rapport médical, si possible,

Date, signature et cachet du médecin