



# **Dossier d'admission : ACT La parenthèse**

Le dossier contient les parties suivantes :

- Sociale
- Médicale
- Psychologique

# Dossier social type de demande d'admission en ACT

Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion » (extrait du décret 2002-1227 du 3 octobre 2002).

(Ne pas remplir)

Établissement instruisant la demande		<b>Réservé au service ACT</b> N°
Nom et qualité du travailleur social		Date réception _____ Date réponse _____
Coordonnées		Compte-rendu médical _____ oui/non Avis de l'équipe _____

## Type d'hébergement ACT demandé

<input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Semi-collectif	<input type="checkbox"/> Individuel
------------------------------------	---	-------------------------------------

## Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) :	Nombre d'accompagnant(s)* :
-----------------------	-----------------------------

## État civil du (des) demandeur(s)

	M. Mme Melle	M. Mme Melle
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Nationalité		
Pièce d'identité (CNI, titre de séjour, APS)		
Si titre de séjour précisez si autorisation de travailler	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tutelle/curatelle		

## État civil du (des) enfant(s)

Nom-Prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez
			Oui	Non	

\*Accompagnants : toutes personnes non-malades (enfant(s), conjoint, compagnon,...) vivant avec le demandeur.

**Logement/Hébergement actuel**

	M. Mme Melle	M. Mme Melle
Type de logement/hébergement		
Facultatif : coordonnées		

**Ressources**

Nature (AAH, RSA, salaire...)	M. Mme Melle Montant	M. Mme Melle Montant
Total		

**Charges et dettes**

Nature	M. Mme Melle Montant	M. Mme Melle Montant
Total		
Dettes éventuelles		

**Couverture sociale**

	M. Mme Melle	M. Mme Melle
Base (régime général, CMU)		
CMU complémentaire/mutuelle		
100% A.L.D.		
AME		

**Autre(s) intervenant(s)**


**Évaluation sociale à joindre**

Précisez tous les éléments utiles à la demande d'admission tels que la capacité à vivre seul et les éventuels projets à court et/ou moyen terme

**Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :**

- Rapport médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure.
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur.
- Lettre de motivation du demandeur si demandée par structure ACT

Signature du professionnel instruisant la demande

# Demande d'admission en Appartement de coordination thérapeutique (ACT)<sup>1</sup>

Je soussigné(e)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s)  
ACT<sup>3</sup> suivante(s) :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette (ces) structure(s).

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Signer une demande d'admission par demandeur

<sup>2</sup> Nom du demandeur

<sup>3</sup> Nom de la (des) structure(s)

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

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

oui  non

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 <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/>     | important <input type="checkbox"/> |
| - déficit des fonctions supérieures | non <input type="checkbox"/> | modéré <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"/> |

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

- |                            |                              |                                     |                                     |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - à la toilette            | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - à la prise du traitement | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - à 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

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

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

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

Date, signature et cachet du médecin

**Profil psychologique type de demande d'admission  
dans les ACT de l'APLEAT ACEP**

<b>Etablissement instruisant la demande</b>	
<b>Nom du psychologue</b>	
<b>Coordonnées</b>	

**Etat civil du demandeur**

<b>NOM</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Lieu de naissance</b>	
<b>Lieu de résidence</b>	

**Axe familial :**

Antécédents familiaux, relations sociales et familiales :

**Comportement et attitude :**

Axe relationnel, qualité du contact :

*Dossier à retourner à :  
Apléat Acep, Commission admission  
1 rue Sainte Anne 45000 ORLEANS  
ou à l'adresse [admission.residentiel45@apleat-acep.com](mailto:admission.residentiel45@apleat-acep.com)  
Avril 2018*

Elaboration de la demande, attentes :

**Médical :**

Axe médical (vécu autour de la pathologie, du traitement) :

Troubles liés aux effets secondaires :

Addictions (histoire et actualité des usages de consommation de produits) :

**Prise en charge psychologique :**

Anamnèse :

---

*Dossier à retourner à :  
Apléat Acep, Commission admission  
1 rue Sainte Anne 45000 ORLEANS  
ou à l'adresse [admission.residentiel45@apleat-acep.com](mailto:admission.residentiel45@apleat-acep.com)  
Avril 2018*



Fragilités psychologiques repérées :

Suivis psychologiques antérieurs :

Suivi psychologique en cours et à envisager :

Date :

Signature du psychologue

---

*Dossier à retourner à :*  
*Apléat Acep, Commission admission*  
*1 rue Sainte Anne 45000 ORLEANS*  
*ou à l'adresse [admission.residentiel45@apleat-acep.com](mailto:admission.residentiel45@apleat-acep.com)*  
*Avril 2018*