**demande d’admission**

### Appartement de coordination therapeutique –act

**VOLET social**

***(Ne pas remplir)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Établissement instruisant la demande |  | ***Réservé au service ACT***N° |
| Nom et qualité du professionnel |  | Date réception Date réponse |
| Coordonnées-mail | Compte-rendu médical oui/non Avis de l’équipe |

**Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de malade(s) : | Nombre d’accompagnant(s) : |

**État civil du (des) demandeur(s)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **M. Mme** | **M. Mme**  |
| **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*** | * Oui Non
 | * Oui Non
 |
| **Tutelle/curatelle** |  |  |
| **Tel/Mail** |  |  |

**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** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Logement/Hébergement actuel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **M. Mme**  | **M. Mme** |
| **Type de logement/hébergement** |  |  |

**Ressources**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature****(AAH, RSA, salaire…)** | **M. Mme Montant** | **M. Mme Montant** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total** |  |  |

**Charges**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature** | **M. Mme Montant** | **M. Mme Montant** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total** |  |  |

**Couverture sociale**

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

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

**Animal 🞏 Oui 🞏 Non**

Nombre et type d’animal :

**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**

**VOLET MÉDICAL**

*(À adresser par voie postale sous pli confidentiel à l’attention du médecin coordinateur de l’ACT)*

SERVICE :

ETABLISSEMENT :

MÉDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE NOM : TÉL :

# Identité de la personne :

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | Prénom : |
| Date de naissance : | Sexe : |
| Téléphone : |  |

# Pathologie chronique somatique motivant la demande d’admission en ACT :

………………………………………………………………………………………….…………………….. **Evolutif** [\_] **Stabilisé** [\_] ……………………………………………………….………….………….. Date de début de la maladie : ………………………………

**Pathologies associées en cours** : ………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

[\_] **Troubles psychiques/psychiatriques** Lesquels : ………………………..……….………….

Suivi : [\_] oui [\_] non Service ou médecin référent : …………………………………..……….

Traitement : [\_] oui [\_] non Si oui, préciser : …………………………………………………………..

**Conduites addictives (y compris alcool)** : [\_] oui [\_] non

Si oui, préciser lesquelles : ………………………………………………………………………………….

Type de substitution : ………………………………… depuis quand : …………………………….…….

Suivi en centre spécialisé : [\_] oui [\_] non / en médecine de ville : [\_] oui [\_] non

**Grossesse en cours** : [\_] oui [\_] non Date prévue d’accouchement : …….………………….

# Antécédents médicaux/chirurgicaux :

………………………………………………………………………………………….……………………..

………………………………………………………………………………………….……………………..

# Traitements en cours :

Médicamenteux ……………………………………………………………………………………………..

Autres …………………………………………………………………………………………………………

Perspectives thérapeutique, 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 :

………………………………………………………………………………………….……………………..

………………………………………………………………………………………….……………………..

**Date** : ……../………/………. **Signature** :