



SOLIDARITE ACCUEIL  
Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)  
1 Bis rue Michelet- 36 000 Châteauroux  
Tél : 02.54.01.40.90- fax : 02.54.01.40.97  
act@solidarite-accueil.fr

Réservé au service ACT

N° de dossier :

Avis de l'établissement :

- Favorable
- Défavorable

Date : \_\_\_\_\_

### Dossier médical d'admission en ACT

(A adresser sous pli confidentiel au médecin coordonnateur)

Date de la demande : \_\_\_\_\_

**Nom du médecin demandeur :**

\_\_\_\_\_

Coordonnées :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Hôpital référent :  oui  non

Service : \_\_\_\_\_

Médecin référent : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

**Identité du demandeur :**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F

### **DONNEES MEDICALES**

Pathologie motivant la demande :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date de début de la maladie : \_\_\_\_\_

Evolutive :  \_\_\_\_\_

Stabilisée :  \_\_\_\_\_

Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antécédents :

---

---

---

---

Traitements en cours :

---

---

---

---

Pathologie(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 : \_\_\_\_\_

Si pathologie VIH :

- Date de découverte de la séropositivité VIH : \_\_\_\_\_  
➤ Stade CDC : \_\_\_\_\_  
➤ Maladies opportunistes :  oui     non

si oui, lesquelles :

- \_\_\_\_\_ évolutive :  oui  non
- \_\_\_\_\_ évolutive :  oui  non
- \_\_\_\_\_ évolutive :  oui  non

➤ Bilan immuno virologique :

- date du dernier bilan : \_\_\_\_\_ - taux de CD4 : \_\_\_\_\_ - charge virale : \_\_\_\_\_

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...)

---

---

---

---

---

---

---

Date, signature et cachet du médecin

**Merci de joindre impérativement un rapport médical, et les derniers bilans biologiques.**

**Toute demande incomplète ne pourra être instruite**

A adresser **sous pli confidentiel** à l'attention de :

Dr de TAURIAC, médecin coordonnateur  
Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)  
1 bis rue Michelet - 36000 CHATEAUROUX