



FONDATION  
MASSÉ-TRÉVIDY

**APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE  
(A.C.T.)**

*Ranndioù Kenurzhiañ Yac'hadel Kerne*

Mr le Directeur-adjoint  
ACT de Cornouaille  
30 rue de la Providence 29000 Quimper  
Tel: 02.98.58.40.82  
[act-cornouaille@fmt.bzh](mailto:act-cornouaille@fmt.bzh)

Mme la Directrice-adjointe  
ACT Morlaix et COB  
8 rue de Réo 29600 Morlaix  
Tél: 02 98 88 56 38  
[act-morlaix@fmt.bzh](mailto:act-morlaix@fmt.bzh)  
[act-cob@fmt.bzh](mailto:act-cob@fmt.bzh)

***Dossier médical de demande d'admission***

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

Date : ...../...../20

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

**Mail** : \_\_\_\_\_

**Etablissement** : \_\_\_\_\_ **Service** : \_\_\_\_\_

**Identité du candidat à l'ACT :**

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Sexe** : ..... **Date de naissance** : .....

**Coordonnées** : .....

**Environnement médical :**

Hôpital référent : .....

Service : .....

Médecin spécialiste référent : .....

Médecin traitant (coordonnées si différent du médecin demandeur) :

.....  
.....

**DONNEES MEDICALES**

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

**Anamnèse et clinique actuelle :** .....

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

**Date de début de la maladie :** .....

Evolutive     Stabilisée

**Pathologies associées :** .....

.....  
.....

**IMPORTANT : Merci de joindre les comptes-rendus de consultation et d'hospitalisation en lien avec la demande d'admission en ACT, ainsi que les résultats d'examens complémentaires et ordonnances les plus pertinents.**

**Traitements en cours :**

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

**Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique**

oui  non

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

**Si oui :**

- Traitement médical prescrit

oui  non

- Nature du traitement : .....  
.....  
.....

- suivi psychologue / psychiatre

oui  non

- nom de la structure : .....  
- nom du praticien : .....

**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

-Nom de la structure/du cabinet : .....  
.....

**Tabac**

oui  non

Si oui : nombre de paquets / année :

**Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux :**

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

**Antécédents familiaux :**

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

**Allergies connues :**

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

**Vaccins à jour :**

oui  non

**Autonomie :**

**INDICE DE KARNOFSKY : .....**

Déficiences retentissant sur l'autonomie ?

- |                                     |                              |                                 |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| - Troubles cognitifs                | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/> | important <input type="checkbox"/> |
| - Déficit moteur                    | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/> | important <input type="checkbox"/> |
| - Déficit visuel                    | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/> | important <input type="checkbox"/> |
| - Déficit auditif                   | 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"/> |
| - Troubles de déglutition           | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/> | important <input type="checkbox"/> |

**Matériel médical :**

- |                         |                              |                                     |                                    |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| - 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 <input type="checkbox"/> | temporaire <input type="checkbox"/> | permanent <input type="checkbox"/> |
| - Matelas anti-escarre  | non <input type="checkbox"/> | temporaire <input type="checkbox"/> | permanent <input type="checkbox"/> |
| - Orthèse               | non <input type="checkbox"/> | temporaire <input type="checkbox"/> | permanent <input type="checkbox"/> |
| - Prothèse              | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/>        |                                    |

**Autonomie dans les actes de la vie quotidienne :**

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

- |                         |                              |                                     |                                     |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - Hygiène corporelle    | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - Habillage             | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - Ménage                | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - Prise du traitement   | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - Prise des repas       | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - Préparation des repas | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |
| - Courses               | non <input type="checkbox"/> | ponctuelle <input type="checkbox"/> | permanente <input type="checkbox"/> |

Autre Si oui, préciser : .....

**Prise en charge paramédicale**

oui  non

Type : .....

Fréquence : .....

Prestataires : .....

Coordonnées : .....

**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 / Piccline / Midline		
Dialyse péritonéale		
O2		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI,...)		

Détail des soins nécessaires : .....  
.....  
.....

**Nécessité d'un logement adapté aux Personnes à Mobilité Réduite** oui  non

**Besoins d'accompagnement :**

- Compréhension de la maladie
- Compréhension du traitement
- Autre : .....
- Observance du traitement
- Coordination des soins

**Projet de soin / perspectives thérapeutiques :**

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

**Informations complémentaires éventuelles** : (grossesse, observance du traitement, état bucco-dentaire, ...)

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

*Joindre un rapport médical, si possible*

Date, signature et cachet du médecin