



FONDATION
MASSÉ-TRÉVIDY

**APPARTEMENT DE COORDINATION THERAPEUTIQUE
(A.C.T.) de CORNOUAILLE**

30 Rue de la Providence, 29 000 QUIMPER

N° SIRET : 777 582 743 00 467

Tél. 02 98 90 54 51 - @ : act@fmt.bzh

Dossier médical de demande d'admission

*A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur des ACT de Cornouaille
30, rue de la Providence –Quimper 29000*

Date :/..../201.

Nom du médecin demandeur : _____ Téléphone : _____

Mél :

Identité du candidat à l'ACT :

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :

(Age :)

Environnement médical :

Hôpital référent :

Service :

Médecin référent :

Médecin de ville :

DONNEES MEDICALES

Pathologie(s) motivant la demande :

VIH non oui
Autre(s) non oui , laquelle (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 immunovirologique :

- date du dernier bilan : - taux de CD4 :..... - charge virale :

Si pathologie non VIH :

Date de début (découverte) de la maladie :

Évolutive :..... Stabilisée :.....

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

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

Traitements :

En cours:
.....
.....
.....

Pathologie(s) associée(s)

1. Hépatites :

- Hépatite B DNA Viral :
- Hépatite C PCR : Génotype :.....
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), Résultats :
- Traitements ?
.....
.....
.....
.....

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
- la nature du traitement :
.....
.....

- suivi psychothérapique oui non
- nom de la structure :
.....

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

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 :

Déficiences 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
- 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 ponctuelle permanente
- A la prise du traitement non ponctuelle permanente
- A la prise des repas non ponctuelle permanente
- 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 :.....

.....
.....

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

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

Joindre un rapport médical, si possible

Date, signature et cachet du médecin