



# DOSSIER UNIQUE

## Partie médicale

**ACT** – Appartement de  
Coordination Thérapeutique

**ACT Hors les murs**

**LAM** – Lit d'Accueil Médicalisé



## Dossier Médical de Demande d'Admission

*En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que les données à caractère personnel collectées seront traitées en commission d'admission. Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans puis seront détruites.*

Document confidentiel à l'attention du médecin coordinateur:

A transmettre par voie postale sous pli confidentiel à : Association ACARS – Commission d'Admission 150 rue Antoine Durafour 42100 St-Etienne

Ou par messagerie à :

- Demande d'Appartements de Coordination Thérapeutique avec hébergement**  
[act@association-acars.fr](mailto:act@association-acars.fr)
- Demande d'Appartements de Coordination Thérapeutique Hors les murs**  
[act@association-acars.fr](mailto:act@association-acars.fr)
- Demande de Lits d'Accueil Médicalisés**  
[lam@association-acars.fr](mailto:lam@association-acars.fr)

Médecin instruisant la demande

Nom :

Etablissement :

Tél :

Mail :

Tampon :

Médecin traitant

Nom :

Coordonnées :



Identité du patient

Nom – Prénoms :

Date de naissance :

Féminin  Masculin  Transgenre  Intersexe

Tél :

## Données médicales

Très important ! Joindre les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation les plus pertinents.

Maladie chronique principale motivant la demande d'admission :

Stabilisée  Evolutive

Stade :

Date du début de la maladie :

Pathologies associées :

Troubles psychiques / psychiatriques :  Oui  Non

Si oui, lesquels :

Suivi :  Oui  Non Service ou médecin référent :

Traitement :  Non  oui, préciser :



Symptômes comportementaux et psychologiques :

<input type="checkbox"/> Idées délirantes	<input type="checkbox"/> Irritabilité / instabilité de l'humeur
<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Déambulation pathologique
<input type="checkbox"/> Agitation, agressivité	<input type="checkbox"/> Gestes incessants
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit
<input type="checkbox"/> Exaltation de l'humeur	<input type="checkbox"/> Désinhibition
<input type="checkbox"/> Apathie, indifférence	<input type="checkbox"/> Autres

Précisez :

Conduites addictives :  Alcool     Tabac     Autres addictions

Préciser :

Type de substitution :

Depuis quand :

Suivi en centre spécialisé :  Oui     Non

Suivi en médecine de ville :  Oui     Non

Grossesse en cours :

Non     Oui, date prévue d'accouchement :

Antécédents médicaux chirurgicaux :



Allergies :

Non     Oui, préciser :

Traitement en cours : (joindre une copie des dernières ordonnances)

Médicamenteux :

Autres :

Gestion habituelle des traitements : Autonome  Oui     Non

Par une IDE :  Passage quotidien     Passage hebdomadaire

Projet de soins :

La personne a-t-elle une bonne connaissance de sa pathologie ?  Oui     Non (préciser) :



Ventilation : (concerne demande LAM)

Oxygénothérapie :  Non  Oui (indiquer débit O2) :

Une oxygénothérapie à court terme est-elle susceptible ?  Oui  Non

VNI :  Non  oui (indiquer débit O2) :

Kinésithérapie respiratoire :  Non  Oui (nombre de séances/semaine) :

Trachéotomie :  Non  Oui

Soins techniques associés :

Pansement

Préciser type de pansement, localisation, stade :

Soins cutanés – préciser :

Perfusion sous-cutanée

Perfusion intra-veineuse – préciser :

Autre – préciser :

Besoin en matériel spécifique (pompe à morphine, pompe à alimentation, etc) :

Insulino thérapie :



Présence d'un germe multi-résistant :  Oui  Non

Précaution complémentaire :

Autonomie :

Déficit cognitif :  Non  Oui, préciser score MMS

Alimentation	Hygiène - Toilette	Continence
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Besoin d'aide pour s'alimenter <input type="checkbox"/> Régime particulier Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> Fausse route <input type="checkbox"/> Alimentation entérale <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Stomie (type)
Communication	Déplacement - Orientation	Appareillage
<input type="checkbox"/> Aisance <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Non verbale <input type="checkbox"/> Barrière de la langue : <ul style="list-style-type: none"><li>- Dit quelques mots en français <input type="checkbox"/></li><li>- Se fait comprendre pour la vie quotidienne <input type="checkbox"/></li><li>- Conversation possible <input type="checkbox"/></li></ul>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Difficultés physiques (escalier, marche prolongée...) <input type="checkbox"/> Aide pour les déplacements : <ul style="list-style-type: none"><li>- Totale <input type="checkbox"/></li><li>- Partielle <input type="checkbox"/></li></ul> <input type="checkbox"/> Grabataire	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas à air <input type="checkbox"/> Pace maker <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Chambre implantable <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/> Cannes, béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Déambulateur

Indice de Karnofsky :

80 à 100%  40 à 70%  10 à 30%

Besoin d'accompagnement pour :

- Compréhension de la maladie
- Compréhension du traitement
- Observance
- Coordination des soins
- Réalisation des Soins (hors distribution des traitements)
- Autre – préciser :



Association Communautaire d'Action et de Recherches Sociales

Informations complémentaires :

Date :

Signature :