



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 : admission@association-acars.fr

- Demande d'Appartements de Coordination Thérapeutique avec hébergement**
- Demande d'Appartements de Coordination Thérapeutique Hors les murs**
- Demande de Lits d'Accueil Médicalisés**

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">- Dit quelques mots en français <input type="checkbox"/>- Se fait comprendre pour la vie quotidienne <input type="checkbox"/>- Conversation possible <input type="checkbox"/>	<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">- Totale <input type="checkbox"/>- Partielle <input type="checkbox"/> <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 :