

Demande d'admission
dans un service ACT en Dordogne
(Appartements de Coordination Thérapeutique)

Merci de cocher impérativement ci-dessous les cas correspondant à vos choix avant de remplir les deux volets, médical et social, de ce dossier.

Votre demande vise l'accès à un service ACT :

- Avec hébergement
- Sans hébergement (« Hors les murs »)
- Les deux

Vous souhaitez qu'elle soit étudiée par :

- L'ASD (Association de Soutien de la Dordogne)
- L'Association Aurore
- Les deux associations, ASD et Aurore

Merci d'adresser par mail votre demande :

Pour l'ASD, à : contact.act@asd24.org	Pour l'association Aurore, actperigueux@aurore.asso.fr	Pour ASD et Aurore, à : contact.act@asd24.org et actperigueux@aurore.asso.fr
-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Identité du patient :</p> <p>Nom..... Prénom :</p> <p>Date de naissance :/ /</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F</p> <p>N° SS :</p> <p>Reconnaissance ALD : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Poids : Taille : IMC :</p> <p>Nom et coordonnées du médecin traitant :</p> <p>.....</p>	<p>Cadre réservé à l'Association :</p> <p>Numéro de dossier :</p>
<p>Nom du médecin instruisant la demande :</p> <p>.....</p> <p>Service / Spécialité :</p> <p>Etablissement instruisant la demande :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tel : _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ </p> <p>Mail :</p>	
<p>Avis motivé :</p> <p>Rendu le :</p> <p>Par :</p> <p>Adressé à :</p>	<p>Reçu le :</p>

VOLET MEDICAL

1. Motif de la demande d'admission

Pathologie(s) psychiatrique(s) et/ou somatique(s)	Service / médecin référent du suivi s'il existe

2. Informations médicales complémentaires

<p>Troubles psychiques (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne)</p> <p>Existe-t-il un suivi ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, Si oui, nom et coordonnées du (des) soignant(s) référent(s) :</p>
<p>Troubles du comportement (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne)</p>
<p>Troubles cognitifs (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne)</p>
<p>Addictions</p>
<p>Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux</p>
<p>Allergies</p>
<p>Bactéries Multi Résistantes</p>
<p>Tuberculose, hépatites, VIH</p>
<p>Autres informations</p>

3. Continuité du parcours de soins

- Traitement médical en cours

NOM DU MEDICAMENT (en lettres majuscules)	M A T I N	M I D I	S O I R	C O U C H E R	Durée du traitement (jours/sem/mois)

Le patient est-il autonome dans la prise du traitement ? oui non

L'observance du traitement est-elle respectée ? oui non

- Examens réalisés / résultats

Nature	Lieu	Date	Résultats

- Soins infirmiers ou autres paramédicaux

Nature des soins	Date/fréquence	Durée du traitement (jours/sem/mois)	Nom du soignant (le cas échéant)

- Présence d'un appareillage

- Oui. Lequel :
- A prévoir. Lequel :
- Pas nécessaire

- **Projet de consultations/examens**

Date du RDV	Nature du RDV	Service	Médecin /interlocuteur

4. Evaluation globale de l'état du patient

Cohérence (comportements et propos)

- Normale
- Un peu perturbée
- Très perturbée
- Totalement perturbée

Hygiène

- Autonome
- Plutôt autonome
- Peu autonome
- Pas autonome

Habillage

- Autonome
- Plutôt autonome
- Peu autonome
- Pas autonome

Mobilité à l'intérieur

- Totale
- Partielle sans aide
- Partielle avec aide
- Pas de mobilité

Douleurs

Localisations :

- Forte
- Moyenne
- Faible
- Nulle

Niveau de sociabilité

- Bon
- Plutôt bon
- Plutôt mauvais
- Mauvais

Orientation spatio-temporelle

- Normale
- Un peu perturbée
- Très perturbée
- Totalement perturbée

Alimentation / hydratation

- Autonome
- Plutôt autonome
- Peu autonome
- Pas autonome

Elimination

- Continence urinaire et fécale
- Incontinence occasionnelle (J/N)
- Incontinence totale

Mobilité à l'extérieur

- Totale
- Partielle sans aide
- Partielle avec aide
- Pas de mobilité

Etat psychologique

- Bon
- Plutôt bon
- Plutôt mauvais
- Mauvais

Autres établissements demandés / Etat d'avancée et motif du refus le cas échéant

Date et signature du médecin :

Joindre impérativement copie des ordonnances pour les traitements en cours et compte rendu médical. Merci d'indiquer ci-après les pièces jointes :

.....

Merci d'adresser par mail votre demande :

Pour l'ASD, à : contact.act@asd24.org	Pour l'association Aurore, actperigueux@aurore.asso.fr	Pour ASD et Aurore, à : contact.act@asd24.org et actperigueux@aurore.asso.fr
-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VOLET SOCIAL

1. Le demandeur

Nom : Prénom :

Date de naissance : .../.../... Numéro de téléphone..... Sexe : H F

Adresse mail :

Situation familiale :

Adresse actuelle / Organisme de domiciliation :

Nationalité : Française CEE Autres, préciser :

Date d'entrée en France : ... / ... / ...

Langue(s) parlée(s) : Préciser lu / écrit / parlé

Nature du titre de séjour et durée de validité :

Nature et dates des démarches en cours :

Nom et coordonnées d'un référent du suivi social s'il en existe :

2. Enfants et/ou adultes accompagnants :

Nom /Prénom	Date de naissance	Lien avec le demandeur

Merci de compléter si possible la demande, d'un rapport social, daté et signé, retraçant le parcours de vie de la personne, les démarches engagées avec elle, indiquant son adhésion à l'accompagnement envisagé et toutes précisions utiles.

Merci également de joindre tout élément pouvant compléter la demande (copies des pièces justificatives disponibles, courrier motivé du demandeur en fonction de ses possibilités, ...)

Liste des pièces jointes, le cas échéant :

Date et signature du demandeur :

Date et signature du travailleur social le cas échéant :

Merci d'adresser par mail votre demande :

Pour l'ASD, à : contact.act@asd24.org	Pour l'association Aurore, actperigueux@auore.asso.fr	Pour ASD et Aurore, à : contact.act@asd24.org et actperigueux@auore.asso.fr
-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------