

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

Document confidentiel à l'attention du médecin coordinateur

À transmettre par voie postale sous pli confidentiel à : Association le Mail – ACT – Docteur Malika NASSERALLAH

Ou par messagerie sécurisée à : act31medical@assoc-lemail.net

☐ Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement ☐ Individuel ☐ Semi collectif ☐ Collectif
☐ Lit Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement
☐ Lit d'Accueil Médicalisé (LAM)
☐ ACT Hors les murs avec différents modes d'interventions possibles : • Un accompagnement « ACT Dom » ou « ACT à domicile » dans le logement d'une personne, comme par exemple dans le cadre de suivi d'une personne sortante d'un ACT avec hébergement ; • Un accompagnement d'une personne hébergée dans un établissement d'hébergement social (n'ayant pas d'équipes spécialisée pour un accompagnement médical) ou dédié aux demandeurs d'asile ; • Un accompagnement auprès d'une personne ayant un lieu non prévu pour l'habitation (rue, véhicule, hall d'immeuble, abri de fortune, ...) ou un hébergement précaire (chez des proches ou une chambre d'hôtel payée par une association ou un autre organisme d'aide, ...)
☐ LHSS mobile / EMSP (Equipe Mobile Santé Précarité)

MEDECIN INSTRUISANT DE LA DEMANDE :

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Etablissement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tampon :



IDENTITÉ DU PATIENT :

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Transgenre ☐ Intersexe

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



DONNÉES MÉDICALES

TRES IMPORTANT ! Joindre les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation les plus pertinents

PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE D'ADMISSION :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Stabilisé ☐ Evolutif

Stade : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date du début de la maladie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

PATHOLOGIES ASSOCIÉES EN COURS :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

TROUBLES PSYCHIQUES/PSYCHIATRIQUES : ☐ Oui ☐ Non

Si « oui », lesquels : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suivi : ☐ Non ☐ Oui

Service ou médecin référent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Traitement : ☐ Non ☐ Oui, préciser :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES :

☐ Idées délirantes	☐ Irritabilité / instabilité de l'humeur
☐ Hallucinations	☐ Déambulation pathologique
☐ Agitation, agressivité	☐ Gestes incessants
☐ Dépression	☐ Troubles du sommeil
☐ Anxiété	☐ Troubles de l'appétit
☐ Exaltation de l'humeur	☐ Désinhibition
☐ Apathie, indifférence	☐ Autres

Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

CONDUITES ADDICTIVES : ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Autres addictions

Préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Type de substitution : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Depuis quand : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Suivi en centre spécialisé : ☐ Oui ☐ Non

Suivi en médecine de ville : ☐ Oui ☐ Non

GROSSESSE EN COURS :

☐ Non ☐ Oui, date prévue d'accouchement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.



DOSSIER UNIQUE ACT, LHSS, LAM et dispositifs hors les murs

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

TRAITEMENT EN COURS : (joindre une copie des dernières ordonnances pour les LHSS, LAM)

Médicamenteux :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Gestion habituelle des traitements : Autonome : ☐ Oui ☐ Non

Par une IDE : ☐ Passage quotidien ☐ Passage hebdomadaire

Projet de soins :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

VENTILATION : (concerne demande LHSS, LAM)

Oxygénothérapie : ☐ Non ☐ Oui (indiquer débit O2) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

VNI : ☐ Non ☐ Oui (indiquer débit O2) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Kinésithérapie respiratoire : ☐ Non ☐ Oui (nombre de séances /semaine) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Trachéotomie : ☐ Non ☐ Oui

SOINS TECHNIQUES ASSOCIÉS : (concerne demande LHSS, LAM)

☐ Pansement

Préciser type de pansement, localisation, stade :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Temps des soins : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Soins cutanés

Préciser :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Perfusion sous-cutanée

☐ Perfusion intra-veineuse, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Présence d'un germe multi résistant : ☐ Oui ☐ Non

Précaution complémentaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



AUTONOMIE

DÉFICIT COGNITIF ☐ Non ☐ Oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Alimentation	Hygiène/toilette	Continence
☐ Autonome ☐ Besoin d'aide pour s'alimenter ☐ Régime particulier : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. ☐ Fausse route ☐ Alimentation entérale ☐ Alimentation parentérale	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale	☐ Incontinence urinaire ☐ Incontinence fécale ☐ Sonde à demeure ☐ Stomie (type) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Communication	Déplacement / Orientation	Appareillage
☐ Aisance ☐ Difficultés à s'exprimer ☐ Difficultés de compréhension ☐ Déficience auditive ☐ Non verbale ☐ Barrière de la langue : Dit quelques mots en français ☐ Se fait comprendre pour la vie quotidienne ☐ Conversation possible ☐	☐ Autonome ☐ Difficultés physiques (escalier, marche prolongée...) ☐ Difficultés de transport en commun du fait de : Troubles visuels ☐ Pb de lecture ou de compréhension du français ☐ ☐ Aide pour les déplacements : Totale ☐ Partielle ☐ ☐ Grabataire	☐ Lit médicalisé ☐ Verticalisateur ☐ Lève malade ☐ Matelas à air ☐ Pace maker ☐ Prothèse ☐ Chambre implantable ☐ Dialyse péritonéale ☐ Cannes/béquilles ☐ Fauteuil ☐ Déambulateur

DOSSIER UNIQUE ACT, LHSS, LAM et dispositifs hors les murs

BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT POUR :

☐ Compréhension de la maladie	☐ Compréhension du traitement
☐ Observance	☐ Coordination des soins

☐ Autre, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature :



En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant.

Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans et seront ensuite détruites.



