

4.1.300
V.2

Dossier médical type de demande d'admission en ACT

« Les appartements de coordination thérapeutique prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 prennent en charge, quelle que soit leur situation administrative, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion »

« Les établissements qui assurent la gestion des appartements de coordination thérapeutique assurent des missions d'hébergement à titre temporaire »
« Ils peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement » (Extrait du Décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020)

Document confidentiel à l'attention du médecin coordinateur

A transmettre par : voie postale sous pli confidentiel ou par messagerie sécurisée à

ACT 44	214 boulevard Robert Schuman 44300 NANTES	act44.montjoie@esantepdl.mssante.fr
ACT 49	5 square de la Belle Étoile 49100 ANGERS	act49.montjoie@esantepdl.mssante.fr
ACT 72	25 rue des Marais 72000 LE MANS	act72.montjoie@esantepdl.mssante.fr

TRES IMPORTANT !

Joindre les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation les plus pertinents ainsi que la dernière ordonnance

Type d'accompagnement ACT demandé

ACT (avec hébergement individuel) ACT (Collectif) ACT Aller vers (A Domicile ou Hors les Murs)

Médecin instruisant la demande

NOM :	TAMPON et SIGNATURE
Etablissement :	
Service :	
Tél :	
Mail :	

Identité du patient

NOM - Prénom :	Tél :
Date de naissance :	
Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Transgenre <input type="checkbox"/>	
Lieu de vie :	
Médecin traitant :	

Grossesse en cours

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date prévue d'accouchement :

DONNÉES MÉDICALES

TRES IMPORTANT !

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

Pathologie chronique motivant la demande d'admission et suivi en cours

	TRAITEMENT ou ordo jointe
Stabilisé <input type="checkbox"/> Evolutif <input type="checkbox"/> Stade :	
Date du diagnostic de la maladie :	

Pathologies associées et suivi en cours

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

Antécédents médicaux, chirurgicaux

.....

.....

.....

.....

Troubles psychiques/psychiatriques :

Oui Non

Si « oui », lesquels

Symptômes comportementaux et psychologique :

Suivi : Non Oui Service ou médecin référent :

Traitement : Non Oui préciser :

Conduites addictives :

Alcool Tabac Autres addictions

Préciser :

Type de substitution :

Depuis quand :

Suivi en centre spécialisé : Oui Non lequel :

Suivi en médecine de ville : Oui Non lequel :

AUTONOMIE

Déficit cognitif , préciser :

Traitement	Alimentation	Hygiène/toilette
Autonome pour :	Autonome pour :	<input type="checkbox"/> Autonome
<input type="checkbox"/> prise	<input type="checkbox"/> Prise de repas	<input type="checkbox"/> Aide partielle
<input type="checkbox"/> préparation	<input type="checkbox"/> Préparation des repas	<input type="checkbox"/> Aide totale
<input type="checkbox"/> renouvellement ordonnance	<input type="checkbox"/> Faire les courses	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire
		<input type="checkbox"/> Incontinence fécale
		<input type="checkbox"/> Sonde à demeure
		<input type="checkbox"/> Stomie (type) : ...

Aides Paramédicales	Déplacement / Orientation	Communication
IDE : <input type="checkbox"/> Passage quotidien, <input type="checkbox"/> Passage hebdomadaire <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Assistance O2	<input type="checkbox"/> Autonome Aide pour les déplacements : <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Troubles visuels	<input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Barrière de la langue :

Besoin d'accompagnement pour

<input type="checkbox"/> Compréhension de la maladie	<input type="checkbox"/> Compréhension du traitement
<input type="checkbox"/> Observance	<input type="checkbox"/> Coordination des soins
<input type="checkbox"/> Autre	

Information complémentaires

.....

.....

.....

Date :

Signature :

« Dans le cadre du dossier d'admission, l'association MONTJOIE (ACT), est amené à collecter et à traiter des données vous concernant. L'établissement s'engage à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité de l'ensemble de vos données personnelles.

Conformément à la réglementation applicable en matière protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation de leur traitement. Vous pouvez exercer ces droits par mail et/ou par courrier à :

- Par mail à l'adresse DPO@montjoie.asso.fr
- Par courrier : Association Montjoie – DPO - 43 rue Paul Ligneul- 72000 LE MANS

En indiquant vos nom, prénom, adresse postal et en joignant une copie de votre carte d'identité

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, reportez-vous au livret d'accueil/ règlement de fonctionnement. »

