

**Demande d'admission
en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)¹**

Je soussigné(e)² [redacted]

Né(e) le [redacted] à [redacted]

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s) ACT³ suivante(s) :

- [redacted]

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette (ces) structures(s).

Fait à [redacted] Le [redacted]

Signature

¹ Signer une demande d'admission par demandeur

² Nom du demandeur

³ Nom de la(des) structure(s)

**Dossier social de demande d'admission
en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)**

Les Appartements de coordination thérapeutique (A.C.T) « hébergent à titre temporaire 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, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion »

Etablissement ou service instruisant la demande		Réservé au service ACT N°
Nom et fonction du travailleur social :		<u>Date de réception</u> <u>Date de réponse</u>
Adresse :		<u>Compte rendu médical</u> oui/non <u>Décision de la direction</u>
Téléphone :		
Adresse électronique :		

Type d'hébergement demandé

<input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Semi-collectif	<input type="checkbox"/> Individuel
------------------------------------	---	-------------------------------------

Contexte de l'admission

<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec enfant	<input type="checkbox"/> Avec Conjoint	<input type="checkbox"/> Avec Conjoint et enfant
-------------------------------	--------------------------------------	--	--

Etat civil du demandeur :

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Situation familiale (<i>célibataire, marié, concubinage, pacs, veuf(ve)...</i>)	
Nationalité	
Pièce d'identité <i>Validité et nature (CNI, titre de séjour, APS)</i>	
Si titre de séjour, <i>(Précisez si autorisation de travailler)</i>	
Catégorie socio-professionnelle/Profession	
Protection Juridique <i>(tutelle, curatelle, mandat spécial)</i> <u>Si oui,</u> <i>Coordonnées de la personne qui assure la protection juridique</i>	

Etat civil du (des) enfant(s)

Nom-prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez
			oui	non	

Logement/Hébergement actuel

Type de logement/hébergement	
<u>Facultatif :</u> Coordonnées	

Ressources

Nature (AAH, RSA, salaire, APL ...)	Montant
TOTAL	

Charges

Nature	Montant
TOTAL	
Dettes éventuelles	

Couverture sociale

Base (régime général, CMU)	
CMU Complémentaire/Mutuelle	
100 % ALD	
AME	

Autres :

Niveau d'étude	
Situation Judiciaire (sursis mise à l'épreuve, semi-liberté, etc ...)	

Autre(s) intervenant(s)

Evaluation Sociale à joindre

Evaluation dans laquelle vous préciserez, le cas échéant, tous les éléments utiles à la demande d'admission : tels que la capacité à vivre seul (le cas échéant) et les éventuels projets à court et/ou moyen terme.

Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :

- Rapport médical, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure.
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur
- Le cas échéant, une lettre de motivation du demandeur.

Signature du professionnel instruisant la demande

Si VIH

- Stade CDC : [REDACTED]
- Maladies opportunistes : OUI NON
Si OUI, Lesquelles :
 - ✓ [REDACTED] évolutive : OUI NON
 - ✓ [REDACTED] évolutive : OUI NON
 - ✓ [REDACTED] évolutive : OUI NON
- Bilan immunovirologique :
 - ✓ Date dernier bilan : [REDACTED]
 - ✓ Taux de CD4 : [REDACTED]
 - ✓ Charge virale : [REDACTED]

Si Hépatite

- Hépatite B DNA Viral : + -
- Hépatite C PCR : + - Génotype : [REDACTED]
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :
- Traitement : [REDACTED]

Troubles psychiques et/ou pathologies psychiatriques : OUI NON

Si OUI :

- Traitement médical prescrit : OUI NON
Si OUI : Lequel : [REDACTED]
- Suivi psychothérapique : OUI NON
- Nombre de tentatives de suicide : [REDACTED]

Conduites addictives :

Alcool

- Non consommateur primaire
- Abstinent secondaire (*abstinent*)
- Consommateur à risques
- Dépendant

Commentaires : [REDACTED]

Tabac

Nombre de cigarettes jour : [REDACTED] **Souhait d'arrêter ?** [REDACTED]
Pourquoi ? [REDACTED]

Autres toxiques

PRODUIT	Âge de premier usage	Nombre d'années de consommation	Fréquence	Modalité principale de consommation	Substitution aux opiacés - (oui/non) - par quel produit. - date de démarrage et d'arrêt

Antécédents gynécologiques

Grossesse en cours : [REDACTED]

Contraception hormonale : [REDACTED] **Sans contraception**

Problèmes gynécologiques : [REDACTED]

Autres : [REDACTED]

Autres traitements en cours

[REDACTED]

Autonomie

Indice de Karnofsky :

Déficiences retentissant sur l'autonomie ?

- Déficit moteur non modéré important
- Déficit des fonctions supérieures non modéré important
- Fauteuil roulant non temporaire permanent
- Déambulateur, cannes non temporaire permanent

Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?

- Aide à la toilette non ponctuelle permanente
- A la prise du traitement non ponctuelle permanente
- A la prise des repas non ponctuelle permanente
- Autre, précisez :

Nécessité d'un accompagnement spécifique :

non soins infirmiers à domicile HAD (libéral, SSIAD)

Commentaires :

Joindre un rapport médical si possible

Signature et Cachet du médecin.