



## Dossier médical ACT ou ACT Hors les Murs

Admission en : Appartements de Coordination thérapeutique  
ou

Appartement de coordination Thérapeutique Hors les Murs

Nom du médecin demandeur	
Date	
Téléphone	

### Identité du candidat à l'ACT / ACT HLM

Nom : .....  
Prénom : .....  
Sexe :  Masculin  Féminin  
Date de naissance : ..... Age : .....

### Réservé au service

N° de dossier :  
.....  
.....

### Environnement médical

Hôpital référent : .....  
Service : .....  
Médecin référent : .....  
Médecin de ville : .....

Avis motivé :  
.....  
.....  
.....  
.....

## DONNEES MEDICALES

### Pathologie(s) motivant la demande

**VIH**  Non  Oui  
**Autres**  Non  Oui, laquelle (lesquelles) .....

### Si pathologie VIH

- **Date de découverte de la séropositivité VIH** : ..... Stade CDC : .....
- **Maladies opportunistes** :  
Si oui, lesquelles :  Oui  Non
  - .....  Oui  Non
  - .....  Oui  Non
  - .....  Oui  Non
- **Bilan immunovirologique** :  
Date du dernier bilan : ..... Taux de CD4 : ..... Charge virale : .....

### Si pathologie non VIH

**Date de début (découverte de la maladie)** : .....  
Evolutive  ..... Stabilisée  .....  
Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)  
: .....  
.....

### Traitement En cours :

.....  
.....

**Pathologie(s) associée(s)**

- Hépatites : Si oui, lesquelles :
  - Hépatite B  DNA Viral :  +  -
  - Hépatite C  PCR :  +  - Génotype : .....
  - PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats : .....
  - Traitements ? : .....
  
- Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique  Oui  Non  
Si oui, - Traitement médical prescrit  Oui  Non  
- Préciser la nature du traitement : .....  
.....  
- Suivi psychothérapeutique  Oui  Non
  
- Conduites addictives / Alcool  
Si oui, préciser lesquelles : .....  
.....  
Type de substitution : ..... Depuis quand ? : .....  
Suivi en centre spécialisé :  Oui  Non / en médecin de ville :  Oui  Non
  
- Autres (HTA, IRC, diabète, épilepsie, cancer, maladie alcoolique du foie, BPCO...):  
 Oui  Non Si oui, préciser lesquelles : .....  
.....

**Autonomie**

- Indice de Karnofsky : .....
- Déficience retentissant sur l'autonomie ?
  - Déficit moteur  Non  Modéré  Important
  - Déficit des fonctions supérieures  Non  Modéré  Important
  - Fauteuil roulant  Non  Modéré  Important
  - Déambulateur / cannes  Non  Modéré  Important
  
- Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?
  - A la toilette  Non  Ponctuelle  Important
  - A la prise du traitement  Non  Ponctuelle  Important
  - A la prise des repas  Non  Ponctuelle  Important
  - Autres Si oui, préciser : .....

**Nécessité de prise en charge spécifique**

- Non  Soins à domicile  Hospitalisation à domicile

**Commentaires** (grossesse, observance du traitement, état général...) :

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

Date, signature  
et cachet médecin

**Joindre un rapport médical impérativement**