N° de dossier :
Date de réception :

Dossier médical de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)- version juin 2022

A adresser par courrier sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur : 21 rue Malartic – 97400 SAINT DENIS

Date d'écriture du dossier : ……
Nom du médecin demandeur : ……
Etablissement : ……
Service : ……. ……. N° de téléphone : …….
Mail : …….@.....
Fax :……...

Pour retour de l'avis

Identité du candidat à l'ACT :
Nom : ..... Prénom : ……
Sexe : ☐ Masculin ☐Féminin ☐Transgenre
Date de naissance : ..... Age : …... ans
Pour les candidats mineurs : Nom, prénom, date de naissance du parent accompagnant, lien de parenté:
…….....
……

Environnement médical :
Hôpital référent : ..... Médecin référent : …….....

Service : ……. Téléphone :……..

Médecin généraliste (déclaré) : .....Téléphone :……..

Cabinet infirmier : ……. Téléphone :……..

Environnement social :
Travailleur social **en charge du dossier social SIAO**: Mr/Mme…….……
Structure/Etablissement : ……...Service : ……
Téléphone : ……
Mail : ……@.....
Fax :……
Mesure de protection juridique : ……..

Pour retour sur l'avis

Situation actuelle :
☐ Logement privé ☐ Hospitalisé ☐ Hébergement temporaire (précisez) : .....
☐ Autre (précisez) : …….

Date de la demande SIAO :……
Nom du dossier SIAO : ……

Association Rive Dispositif ACT
Association de la loi 1901
21 rue Malartic – 97400 Saint-Denis
Tél. : 02.62.20.28.56 – Fax : 02.62.94.14.48 - E.mail : contact-act@association-rive.org
SIRET : 401 187 414 00057 – APE : 8899B

N° de dossier :
Date de réception :

DONNEES MEDICALES

Pathologie(s) chronique (s) motivant la demande : …….

Date de début (découverte) de la maladie : ...../……/ ……..

Etat clinique et résultats paracliniques récents :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pathologies ou troubles associé(e)s :

- **Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique** oui ☐ non ☐

Si oui, précisez la pathologie : ……..
Si oui, traitement en cours: ……..
Depuis combien de temps : ……
Médecin prescripteur : .....
Suivi psychothérapique : non ☐ oui ☐ Nom du professionnel……

- **Conduites addictives** oui ☐ non ☐

Si oui, préciser lesquelles :
....
.....
.....
Suivi en centre spécialisé ou en médecine de ville : oui ☐ non ☐
Si oui, nom et coordonnées du médecin spécialiste : .....
.....
.....
.....

- **Autres** oui ☐ précisez :……. non ☐

.....
.....

Association Rive Dispositif ACT
Association de la loi 1901
21 rue Malartic – 97400 Saint-Denis
Tél. : 02.62.20.28.56 – Fax : 02.62.94.14.48 - E.mail : contact-act@association-rive.org
SIRET : 401 187 414 00057 – APE : 8899B

N° de dossier :
Date de réception :

Traitements en cours (joindre la dernière prescription) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **Indice de Karnofsky :** ……. (voir tableau page suivante)
- **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 ?**

- à la toilette	☐ non	☐ ponctuelle	☐ permanente
- à la prise du traitement	☐ non	☐ ponctuelle	☐ permanente
- à la prise des repas	☐ non	☐ ponctuelle	☐ permanent

- **<u>Nécessité de prise en charge spécifique :</u>**
  ☐ non ☐ soins(infirmiers, kiné…) à domicile ☐ hospitalisation à domicile
- **Autre :** ……..

Argumentaire sur les besoins repérés justifiant l'orientation ACT hors besoin hébergement :
……
……
……
……
……
…….

Accord et motivation du patient à intégrer les ACT : ☐oui ☐non ☐ autre…….

ⓘ Joindre une pièce d'identité, une attestation de sécurité sociale, un rapport médical complet et les ordonnances en cours

Date, signature et cachet du médecin

Association Rive Dispositif ACT
Association de la loi 1901
21 rue Malartic – 97400 Saint-Denis
Tél. : 02.62.20.28.56 – Fax : 02.62.94.14.48 - E.mail : contact-act@association-rive.org
SIRET : 401 187 414 00057 – APE : 8899B

N° de dossier :
Date de réception :

RGPD : *La transmission de vos données personnelles par le remplissage du dossier permet l'étude votre candidature au dispositif ACT.*
Les destinataires de données sont le responsable de traitement, le pôle médical du dispositif, ainsi que toute personne légalement autorisée à accéder aux données.
La durée de traitement des données est limitée au temps pendant lequel vous êtes candidats à l'entrée dans notre établissement, étant entendu que vous pouvez vous y désinscrire à tout moment.

Indice de Karnofsky

Description simple	%	Critères
Peut mener une activité normale Pas de prise en charge particulière	100%	Etat général normal - Pas de plaintes, ni signes de maladie
	90%	Activité normale - Symptômes mineurs - Signes mineurs de maladie
	80%	Activité normale avec difficultés - Symptômes de la maladie
Incapable de travailler Séjour possible à la maison Soins personnels possibles	70%	Capable de s'occuper de lui-même - Incapable de travailler normalement
	60%	Besoin intermittent d'une assistance mais de soins médicaux fréquents
	50%	Besoin constant d'une assistance avec des soins médicaux fréquents
Incapable de s'occuper de lui-même Soins institutionnels souhaitables	40%	Invalide - Besoin de soins spécifiques et d'assistance
	30%	Complètement invalide - Indication d'hospitalisation - Pas de risque imminent de mort
	20%	Très invalide - Hospitalisation nécessaire - Traitement intensif

N° de dossier :
Date de réception :

PROCEDURE D'ADMISSION EN Appartement de Coordination Thérapeutique

Service Orienteur

- Constitution du volet médical Rive ACT à faire parvenir sous pli confidentiel au médecin coordinateur des ACT 21 rue Malartic 97400 Saint Denis
- Dossier social via le logiciel SI-SIAO: https://sisiao.social.gouv.fr

ACT

- Rencontre Médecin coordinateur des ACT / Candidat
- Validation ou Refus de la candidature par le médecin coordinateur des ACT
- Information au médecin spécialiste et au travailleur social instructeur des suites réservées à la candidature (attention à bien compléter les coordonnées pour retour).

SIAO

- Si validation: Passage en commission SIAO pour notification d'entrée en ACT
- Si refus: Orientation par la commission SIAO vers une structure adaptée.

ACT

- Information à l'instructeur
- Information à l'usager

Si validation

- Rencontre entre l'usager et la coordinatrice administrative pour l'entretien de pré-accueil
- Délai de réflexion de l'usager (+/- 2 jours)
- Si acceptation: date et heure d'entrée convenues

Le dossier de candidature, Volet médical est disponible sur demande au 02 62 20 28 56

Association Rive Dispositif ACT
Association de la loi 1901
21 rue Malartic – 97400 Saint-Denis
Tél. : 02.62.20.28.56 – Fax : 02.62.94.14.48 - E.mail : contact-act@association-rive.org
SIRET : 401 187 414 00057 – APE : 8899B