



Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)
Bourgoin Jallieu
dispositif « Hors les murs » (sans hébergement)

Demande d'admission
Volet médical

Date de la demande :

Dossier médical de demande d'admission

Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

dispositif « HEBERGEMENT »

Le dossier médical doit être complété par le médecin traitant ou le médecin spécialiste
qui suit le demandeur

A adresser par voir postale sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Coordinateur de l'ACT

Tampon du Médecin instruisant la demande

Etat civil et coordonnées du patient

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Sexe :



..... E mail :

Données médicales

Joindre impérativement les ordonnances des traitements en cours et les courriers médicaux récents (< à 6 mois)

Pathologie chronique somatique motivant la demande d'admission en ACT :

.....

Stade :

Autres pathologies associées :

.....



Association loi 1901
N° Préfecture : 2007-09295
N° Siren : 497 860 890
direction@tandem38.fr



**Appartements de Coordination
Thérapeutique**

ACT MAION

"le Phoenix" 24 rue du docteur
CHAIX 38300 Bourgoin Jallieu
et
7 rue Jean Moulin 38200 Vienne
Tél. : **04 74 28 39 08**
Mail : **act@maion38.fr**

N° SIRET : 497 860 890 00043

- O Troubles psychiques / psychiatriques Le(s)quel(s) :
Suivi : oui non Service ou Médecin référent :
- O Conduites addictives La(les)quelle(s) :
Suivi : oui non Service ou Médecin référent :
- O Grossesse en cours : oui non

Antécédents médicaux notables :

Traitements :

Joindre les photocopies de l'ensemble des ordonnances

Besoins d'aide à l'observance :

Perspectives thérapeutiques :



Association loi 1901
N° Préfecture : 2007-09295
N° Siren : 497 860 890
direction@tandem38.fr



**Appartements de Coordination
Thérapeutique**

ACT MAION

"le Phoenix" 24 rue du docteur
CHAIX 38300 Bourgoin Jallieu
et
7 rue Jean Moulin 38200 Vienne
Tél. : **04 74 28 39 08**
Mail : **act@maion38.fr**

N° SIRET : 497 860 890 00043

Autonomie :

- ☐ Déficit cognitif :
- ☐ Déficit moteur :

La personne a besoin d'être aidé(e) dans les actes de la vie quotidienne :

- ☐ Courses
- ☐ Préparation des repas
- ☐ Prise des repas
- ☐ Hygiène personnelle / habillage
- ☐ Ménage
- ☐ Autres(s):

Besoins en accompagnement :

- ☐ Accès aux soins
- ☐ Coordination des soins
- ☐ Compréhension de la maladie
- ☐ Compréhension du traitement
- ☐ Equilibre alimentaire
- ☐ Autres:

Autres informations :

Date :

Signature :