

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION
EN APPARTEMENT DE COORDINATION THERAPEUTIQUE (ACT)**
(À adresser par voie postale sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT)

TAMPON	MEDICIN INSTRUISANT LA DEMANDE
	NOM : TEL :

Identité du patient	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Telephone :	

Données médicales

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LA COPIE DES COURRIERS MÉDICAUX RÉCENTS
(moins de 6 mois)**

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

Stade :

Autres pathologies associées :

Troubles psychiques/ psychiatriques

La(les)quelle(s) :

Suivi : oui non

Service ou médecin référent :

Conduites addictives

La(les)quelle(s) :

Suivi : oui non

Service ou médecin référent :