

**DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)**

*(À adresser par voie postale sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT)*

<b>MEDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE</b>	<b>TAMPON</b>
NOM : .....	
TEL : .....	

<b>Identité du patient</b>	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Téléphone :	

**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 : .....