

Grossesse en cours : oui non Date prévue d'accouchement :

Antécédents médicaux/chirurgicaux :

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

Traitements en cours :

Médicamenteux

Autres

Perspectives thérapeutique, projet de soins *:

.....

Autonomie :

Déficit cognitif. Préciser

Déficit moteur. Préciser

Déficit sensoriel. Préciser

Autonome dans les actes de la vie quotidienne : Courses : oui non

Préparation des repas : oui non Prise des repas oui non

Hygiène personnelle/habillage : oui non Ménage : oui non

Autre :

Besoin d'accompagnement :

Compréhension de la maladie

Compréhension du traitement

Observance

Coordination des soins

Autre

Informations complémentaires :

.....
.....

Date :/...../.....

Signature :

**Les appartements de coordination thérapeutique (...) hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. (...) Ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (...) et l'aide à l'insertion sociale (circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002).*