

Dossier médical type de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

Version mise à jour en Mars 2006

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT

Nom du médecin demandeur : _____ Date : _____
Téléphone : _____

Identité du candidat à l'ACT :

➤ Nom :	➤ Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
➤ Prénom :	➤ Date de naissance :
	➤ Age :

Réservé au service ACT

N° de dossier:.....

Avis motivé :

.....

Environnement médical :

➤ Hôpital référent :
➤ Service :
➤ Médecin référent :
➤ Médecin de ville :

DONNEES MEDICALES

Pathologie(s) motivant la demande :

VIIH non oui
Autre(s) non oui , laquelle (lesquelles).....

Si pathologie VIIH :

➤ Date de découverte de la séropositivité VIIH :	➤ Stade CDC :.....	
➤ Maladies opportunistes :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
si oui, lesquelles :		
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
-	évolutive : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
➤ Bilan immunovirologique :		
- date du dernier bilan :	- taux de CD4 :	- charge virale :

Si pathologie non VIIH :

➤ Date de début (découverte) de la maladie :	
➤ Évolutive <input type="checkbox"/> :	➤ Stabilisée <input type="checkbox"/> :
➤ Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)	
.....	
.....	
.....	

Traitements :

En cours:
.....

