

Autonomie

▷ Déficience retentissant sur l'autonomie ?

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| - déficit moteur | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/> | important <input type="checkbox"/> |
| - déficit des fonctions supérieures | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/> | important <input type="checkbox"/> |
| - déficit visuel | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/> | important <input type="checkbox"/> |
| - déficit auditif | non <input type="checkbox"/> | modéré <input type="checkbox"/> | important <input type="checkbox"/> |



APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE (A.C.T.)

DOSSIER MEDICAL de demande d'admission

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

Mobilité	Toilette	Escarres	Elimination	Soins techniques
<input type="checkbox"/> marche seul(e)	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> pas d'escarre	<input type="checkbox"/> va seul(e) aux WC	<input type="checkbox"/> perfusions IV / SC
<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> aide	<input type="checkbox"/> rougeur	<input type="checkbox"/> va aux WC avec aide	<input type="checkbox"/> PCA
<input type="checkbox"/> cannes	<input type="checkbox"/> salle de bains	<input type="checkbox"/> escarre avec pansement	<input type="checkbox"/> bassin	<input type="checkbox"/> pansement
<input type="checkbox"/> déambulateur	<input type="checkbox"/> partielle au lit		<input type="checkbox"/> urinoir	<input type="checkbox"/> sonde gastrique
<input type="checkbox"/> fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> totale au lit		<input type="checkbox"/> sonde vésicale	<input type="checkbox"/> gastrostomie ou jéjunostomie
<input type="checkbox"/> transfert au fauteuil			<input type="checkbox"/> péniflex	<input type="checkbox"/> O2
<input type="checkbox"/> alité en permanence			<input type="checkbox"/> protections	

Date / /

Nom du médecin demandeur Téléphone /

Identité du candidat à l'ACT

Nom et prénom	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	Date de naissance / /
	Âge
	Poids taille

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date, signature et cachet du Médecin

Joindre un rapport médical, si possible détaillé.....

Environnement médical

Hôpital référent		Réserve au service ACT
Service		
Médecin traitant		
Médecins spécialistes d'organes	- - - - -	
		N° de dossier
		Avis motivé

Personne de confiance désignée par écrit

NOM	Téléphone

Coordonnées d'un référent de l'entourage

Lien de parenté	NOM	Téléphone

Protection juridique

NON <input type="checkbox"/>	En cours <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Coordonnées du Tuteur / Curateur / Mandataire

Le choix de l'entrée est-il fait

De l'intéressé <input type="checkbox"/>	De la famille <input type="checkbox"/>	Du médecin traitant <input type="checkbox"/>	Du tuteur <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	à préciser

