4.1.300
V.2

Dossier médical type de demande d'admission en ACT

« Les appartements de coordination thérapeutique prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 prennent en charge, quelle que soit leur situation administrative, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion »

« Les établissements qui assurent la gestion des appartements de coordination thérapeutique assurent des missions d'hébergement à titre temporaire »
« Ils peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement » (Extrait du Décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020)

Document confidentiel à l'attention du médecin coordinateur
A transmettre par : voie postale sous pli confidentiel ou par messagerie sécurisée à

ACT 44	214 boulevard Robert Schuman 44300 NANTES	act44.montjoie@esantepdl.mssante.fr
ACT 49	5 square de la Belle Étoile 49100 ANGERS	act49.montjoie@esantepdl.mssante.fr
ACT 72	25 rue des Marais 72000 LE MANS	act72.montjoie@esantepdl.mssante.fr

TRES IMPORTANT !
Joindre les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation les plus pertinents ainsi que la dernière ordonnance

Type d'accompagnement ACT demandé

☐ ACT (avec hébergement individuel) ☐ ACT Aller vers (A Domicile ou Hors les Murs)

Médecin instruisant la demande

NOM :	TAMPON et SIGNATURE
Etablissement :	
Service :	
Tél :	
Mail :	

Identité du patient

NOM - Prénom : Tél :
Date de naissance : Sexe : Féminin □ Masculin □ Transgenre □
Lieu de vie :
Médecin traitant :

Grossesse en cours

□ Non □ Oui Date prévue d'accouchement :

DONNÉES MÉDICALES

TRES IMPORTANT !

Joindre les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation les plus pertinents

Pathologie chronique motivant la demande d'admission et suivi en cours

	TRAITEMENT ou ordo jointe
Stabilisé □ Evolutif □ Stade :	
Date du diagnostic de la maladie :	

Pathologies associées et suivi en cours

…… …… ……

Antécédents médicaux, chirurgicaux

……..……

……

……..……

……..……

Troubles psychiques/psychiatriques :

Oui □ Non □

Si « oui », lesquels ……

Symptômes comportementaux et psychologique :……

Suivi : Non □ Oui □ Service ou médecin référent : ……

Traitement : Non □ Oui □ préciser : ……

Conduites addictives :

Alcool □ Tabac □ Autres addictions □

Préciser : .....

Type de substitution : ……

Depuis quand : ……

Suivi en centre spécialisé : Oui □ Non □ lequel :

Suivi en médecine de ville : Oui □ Non □ lequel :

AUTONOMIE

Déficit cognitif □, préciser : ……

Traitement	Alimentation	Hygiène/toilette
Autonome pour : □ prise □ préparation □ renouvellement ordonnance	Autonome pour : □ Prise de repas □ Préparation des repas □ Faire les courses	□ Autonome □ Aide partielle □ Aide totale □ Incontinence urinaire □ Incontinence fécale □ Sonde à demeure □ Stomie (type) : …

Aides Paramédicales	Déplacement / Orientation	Communication
IDE : □ Passage quotidien, □ Passage hebdomadaire □ Kinésithérapeute □ Assistance O2	□ Autonome Aide pour les déplacements : □ Fauteuil □ Déambulateur □ Canne □ Troubles visuels	□ Difficultés à s'exprimer □ Difficultés de compréhension □ Déficience auditive □ Barrière de la langue :

Besoin d'accompagnement pour

□ Compréhension de la maladie	□ Compréhension du traitement
□ Observance	□ Coordination des soins
□ Autre	

Information complémentaires

……

……

……

Date : **Signature :**

« Dans le cadre du dossier d'admission, l'association MONTJOIE (ACT), est amené à collecter et à traiter des données vous concernant. L'établissement s'engage à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité de l'ensemble de vos données personnelles.
Conformément à la réglementation applicable en matière protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation de leur traitement. Vous pouvez exercer ces droits par mail et/ou par courrier à :

- *Par mail à l'adresse DPO@montjoie.asso.fr*
- *Par courrier : Association Montjoie – DPO - 43 rue Paul Ligneul- 72000 LE MANS*

En indiquant vos nom, prénom, adresse postal et en joignant une copie de votre carte d'identité
Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, reportez-vous au livret d'accueil/ règlement de fonctionnement. »

ASSOCIATION MONTJOIE
Loi 1901 Reconnue d'Intérêt Général
● Protéger l'enfant ● Accompagner l'adulte ● Promouvoir la personne

DISPOSITIF ACT MONTJOIE

Appartements de Coordination Thérapeutique

214 Bd Robert Schuman – 44300 NANTES – Tél : 02 40 94 31 33 - Fax : 02 40 94 31 64 – act44@montjoie.asso.fr - Siret 775 652 290 00468
5 square de la belle étoile – 49100 ANGERS – Tél : 02 52 60 30 89 – Fax : 02 41 42 93 32 – act49@montjoie.asso.fr – Siret 775 652 290 00724
25 rue des Marais – 72000 LE MANS – Tél : 02 44 71 85 11 - Fax : 02 43 78 03 60 – act72@montjoie.asso.fr - Siret 775 652 290 00666
Siège de l'association : 43, rue Paul Ligneul – 72000 LE MANS – www.montjoie.asso.fr
Association loi 1901 – www.montjoie.asso.fr