

**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)

MÉDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE NOM : _____ TÉL : _____	ETABLISSEMENT : _____ SERVICE : _____
--	--

Identité du patient :

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Téléphone :	

DONNÉES MÉDICALES

**TRÈS IMPORTANT : JOINDRE LES COMPTES RENDUS
DE CONSULTATION ET D'HOSPITALISATION LES PLUS PERTINENTS**

Pathologie chronique somatique motivant la demande d'admission en ACT :

.....

Evolutif **Stabilisé**

Date de début de la maladie :

Pathologies associées en cours :

.....

Troubles psychiques/psychiatriques Lesquels :

Suivi : oui non Service ou médecin référent :

Traitement : oui non Si oui, préciser :

Conduites addictives (y compris alcool) : oui non

Si oui, préciser lesquelles :

Type de substitution : depuis quand :

Suivi en centre spécialisé : oui non / en médecine de ville : oui non