



Aide aux Détenus Nécessitant des Soins
Médico-Psychologiques

APPARTE Appartements de coordination thérapeutique

48 Rue du Prieuré – 59800 Lille
Tel : 03.59.09.51.31 - Fax : 03.20.19.98.13
Internet : www.apparté.fr - Mail : secretariat.apparte@adnsmp.fr

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN APPARTEMENT DE COORDINATION THERAPEUTIQUE (ACT)

MEDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE	TAMPON
NOM :	
TEL :	
DATE :	

Identité du patient	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Téléphone :

**JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DES COURRIERS MEDICAUX RECENTS
(Moins de 6 mois).**

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

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

Stade :

Autres pathologie associées :

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

Traitement : JOINDRE IMPERATIVEMENT L'ENSEMBLE DES ORDONNANCES EN COURS.

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

Besoins d'aide à l'observance :

.....
.....

Perspectives thérapeutiques :

.....
.....

Troubles psychiques / psychiatriques :

La(les)quelle(s), si oui depuis quand ?

Service ou médecin référent :

Conduites addictives :

La(les)quelle(s), si oui depuis quand ?.....

Service ou médecin référent :

Grossesse en cours : oui - non

Antécédents médicaux notables :

.....

Autonomie :

Déficit cognitif :

Déficit moteur :

A besoin d'être aidé(e) dans les actes de la vie quotidienne :

Courses préparation des repas Prise des repas fauteuil roulant

Hygiène personnelle / habillage Ménage Toilette Canne

Autres(s) :

.....

Besoins en accompagnement :

Accès au soins

Coordination des soins

Compréhension de la maladie

Compréhension du traitement

Equilibre alimentaire

Autres(s) :

Autres informations :

.....

Date :/...../20....

Signature :