

## **DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION**

### **Accompagnement et Coordination Thérapeutique à Domicile ACT DOM 66**

Ce dossier doit être envoyé :

A l'attention de **Renaud Fleury, Chef de service**

Exceptée la partie médicale qui doit être envoyée à **Jean-Paul Crouzet, Médecin Coordinateur**

#### **Informations générales**

Le service d'Accompagnement et de Coordination Thérapeutique à Domicile accueille et accompagne des personnes :

- majeures, seules ou accompagnées
- atteintes de de pathologies graves nécessitant des soins et une coordination médicale
- en situation de fragilité psycho sociale
- désireuses d'être hébergées et accompagnées dans un projet de soins et d'insertion

#### **1) L'accompagnement**

Le service propose, au domicile des bénéficiaires :

- une coordination médicale et un accompagnement au soin,
- un accompagnement social individualisé visant l'accès aux droits et à l'insertion,
- un accompagnement de la vie quotidienne.

La prise en charge est assurée en continu. Elle ne se substitue pas aux accompagnements déjà en place (médical, social, du quotidien).

Un contrat d'accompagnement est signé en début de prise en charge. Il est d'une durée maximum de six mois et peut être renouvelé en fonction des besoins d'accompagnement et de l'évolution de la situation de la personne.

L'équipe pluridisciplinaire accompagne les usagers tout au long de leur prise en charge.

Elle est composée de professionnels médicaux et para médicaux (Médecin, Infirmière coordinatrice, Infirmiers, Éducateur Sportif APA) et d'intervenants socio-éducatifs (Educateur, Monitrice Educatrice).

#### **2) La participation financière**

La prise en charge par le service ACT DOM 66 n'implique aucune participation financière de la part du bénéficiaire.

#### **3) Le règlement intérieur**

Lorsque la personne est admise, elle s'engage à respecter le règlement intérieur, inclus dans le règlement de fonctionnement dans la partie « devoirs de l'usager ».

## **Liste des pièces à fournir**

Afin d'évaluer au mieux votre demande d'accueil au sein de la structure, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce dossier et de joindre à celui-ci les pièces suivantes, si vous les avez :

- Photocopie de la carte d'identité ou carte de séjour ;
  - Photocopie de l'attestation d'assuré social ;
  - Photocopie de la carte de mutuelle ;
  - Attestation CAF de vos prestations (RSA, AAH...) ;
  - Notification MDPH (AAH, reconnaissance travailleur handicapé...) ;
  - Pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection, nom du délégué mandataire et de l'organisme, photocopie de la décision de justice ;
  - Expression de la personne sur ses attentes et ses besoins : projet d'accompagnement (page 7)
  - Evaluation sociale rappelant l'historique de la prise en charge par le service instruisant la demande (l'avis du travailleur social quant à la volonté du demandeur à s'inscrire dans un projet de soins et d'insertion
  - Dossier médical (pages 10 à 12)
  - Grille d'évaluation de l'autonomie (page 8)
  - Autorisation de communication de données administratives et / ou médicales (page 9)

## Organisme présentant la situation :

Personne chargée du dossier :

### Qualité :

.....  
Adresse, mail et téléphone :

Autres intervenants ou personnes ressources :

## Identité de la ou des personnes concernées par la demande

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone / adresse mail :

## Situation familiale

Célibataire

Séparé (e)

Marié (e)

Vie maritale

Divorcé (e)

Veuf (ve)

Nombre d'enfants : ..... A charge : .....

Existence d'une mesure de protection ou suivi extérieur : OUI  NON

Si oui,  
précisez : .....

Si la personne souhaite être accueillie avec un ou plusieurs accompagnants (conjoint(e), enfants(s), ami(e)... :

Nom(s) :

Prénom(s) :

Lien avec la personne concernée :

Téléphone / adresse mail :

## Nationalité

Française

Autre  laquelle .....

Document d'identité

Nature .....

Validité .....

Renouvellement en cours oui  non  date .....

## Situation du logement

### Adresse du logement :

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

### Vous êtes :

Locataire  hébergé  Autre.....

Propriétaire

Précisez

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

Combien de personnes habitent le logement ? .....

Ce sont :

Des parents  des amis  Autre

Y a-t-il des animaux : oui  non

Si oui lesquels :

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

### Dans ce logement vous disposez :

d'une chambre ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
D'une cuisine ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
D'une salle de bain ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
De toilettes ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
D'un système de chauffage ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
De l'eau courante ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

### Y a-t-il :

une mesure d'expulsion en cours ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Un arrêté d'insalubrité ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Un arrêté de péril ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

Voulez-vous ajouter quelque chose qui vous paraisse important concernant votre logement ?

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

## Ressources mensuelles

Nature	Montant
Salaire	
Indemnités journalières	
Allocation chômage	
Pension d'invalidité	
AAH	
RSA	
Prestations familiales	
Autres (à préciser)	
<b>Total</b>	

## Charges mensuelles

Nature (loyers, factures, mutuelle, assurances, crédit, ...)	Montant
<b>Total</b>	

## Dettes éventuelles

Nature	Montant

Existe-t-il une situation de surendettement :

OUI

NON

Si oui, un dossier a-t-il été déposé à la Banque de France :

OUI

NON

## Couverture sociale

Droits ouverts : OUI  NON

numéro de sécurité sociale :

Régime général ou autre.....

Département de la Caisse primaire :

ALD : OUI  NON

Aide Médicale d'Etat : OUI  NON

*Date de fin* : .....

### **Couverture complémentaire**

Puma / CSS : OUI  NON

*Date de fin* : .....

Mutuelle : OUI  NON

Nom de la mutuelle .....

Date de fin de contrat .....

## Droits MDPH

Droit ouverts OUI  NON

Dossier déposé le .....

AAH : OUI  NON  date de fin .....

PCH : OUI  NON  date de fin .....

Volume d'heures .....

Pourcentage invalidité : - 80 %  + 80%

Orientation FAM  MAS  Ehpad  famille d'accueil

Samsah  Savs

## Expression de la personne sur ses attentes et ses besoins

(à compléter par ou avec la personne concernée)

Expliquez en quelques lignes et avec vos propres mots ce que vous attendez d'une prise en charge en ACT (santé, démarches administratives, vie quotidienne... etc.) N'hésitez pas à évoquer vos difficultés et vos besoins en termes d'accompagnement.

Vous pouvez préciser le nom et la qualité de la personne qui vous a éventuellement accompagné dans cette formulation :

## Evaluation de l'autonomie

Ce questionnaire a pour but d'évaluer la capacité de la personne à vivre dans un logement autonome.

**Il a été rempli par :** ..... **Qualité :** .....

<b>La personne peut-elle:</b>	<b>oui</b>	<b>un peu</b>	<b>avec aide</b>	<b>pas du tout</b>
Se lever seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher seule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester seule la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire seule sa toilette ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-elle des difficultés d'hygiène repérées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Peut-elle manger seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire à manger seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre seule ses médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garder ses médicaments avec elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se servir seule d'un téléphone ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretenir seule son logement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester seule dans l'appartement sans se mettre en danger ? (intrusion extérieure, risques domestiques, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire face à des situations de faiblesses ? (désorientation, vol, sollicitations abusives, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repérer et se déplacer sur l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-elle utiliser seul les transports en communs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Y a-t-il un besoin d'aide à domicile (auxiliaires de vies, aides ménagères, Idel...)** oui  non

Si oui, l'aide est-elle : déjà en place  à prévoir

Précisez la nature de l'aide :

.....

.....

.....

.....

## Demande d'admission au service d'ACT à Domicile

---

Je soussigné(e).....

Né(e) le ..... à .....

**Demande l'examen de mon dossier de candidature** en vue d'un éventuel prise en charge par le service ACT DOM 66 de Perpignan.

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.

Fait à ..... Le .....

**Signature du demandeur :**

# DOSSIER MEDICAL - ACT DOM 66

Demande d'admission pour une prise en charge par le service d'ACT à Domicile de Perpignan  
A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur :  
Dr Jean-Paul CROUZET (ACT Perpignan)

Date : .....

**Nom et fonction de la personne instruisant la demande :**

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

Adresse / téléphone / mail : .....

.....  
.....

## Identité du patient

**Nom :** .....      **Sexe :**      Masculin       Féminin       Transgenre

**Prénom :** .....      **Date de naissance :** .....

## Pathologie (s) motivant la demande de prise en charge par ACT à Domicile :

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

Médecin ou service assurant le suivi de cette pathologie : .....

Adresse / téléphone / mail : .....

.....  
.....

Précisions sur les soins et traitements en cours ou à prévoir :

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

Merci de joindre à ce dossier les photocopies de comptes-rendus médicaux récents, résultats de bilan biologiques, dernière prescription de traitements médicamenteux ou tout document pouvant apporter des informations médicales complémentaires.

## Autre(s) pathologie(s) ou trouble(s) associé(s) - comorbidités

La personne présente d'autres trouble(s) ou pathologie(s) :

- **Somatique(s)**  oui  non

Si oui, merci de préciser :

- **Psychique(s)**  oui  non

Si oui, merci de préciser :

---

---

---

---

Nom et coordonnées du ou des médecins référent(s) :

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

- **Conduites addictives**  oui  non

Si oui, merci de préciser :

---

---

---

---

Nom et coordonnées du ou des médecins référent(s) :

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

## Besoins spécifiques



Précisez la nature des soins :

Une hospitalisation à domicile  Des soins infirmiers à domicile  Une aide aux soins d'hygiène

Précisez la nature des soins :

---

---

---

---

En cours       à prévoir

## Commentaires

(état général, compliance, difficultés, éléments significatifs, etc...)