

(A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur des ACT)

MERCI DE JOINDRE TOUT ELEMENT MEDICAL PERTINENT RECENT (moins de 6 mois) POUR CONSTITUER LE DOSSIER :



- Ordonnances
- Comptes-rendus de consultations et/ou d'hospitalisations
- Résultats d'examens complémentaires...

Nom et coordonnées du médecin demandeur :	Date de la demande :
Si praticien hospitalier : Hôpital : Service : Téléphone :	Nom et coordonnées du médecin traitant :

Identité du candidat à l'ACT :

➤ Nom :	Sexe :
➤ Prénom :	Date de Naissance :

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

Nature/diagnostic(s) & date de début/découverte :

➤ Pathologie stabilisée : OUI NON

➤ Principaux éléments (anamnèse, clinique, résultats d'examens complémentaires...) :

➤ Autres pathologies somatiques directement associées :

Autres renseignements médicaux :

- Antécédents médicaux autres :

- Grossesse en cours : NON OUI

- Antécédents chirurgicaux :

- Allergie connue : NON OUI Si oui laquelle :

- Régime particulier : NON OUI Si oui lequel :

- Vaccins : A jour A vérifier

Pathologies psychiatrique et addictions :

- Trouble(s) psychique(s) et/ou psychiatrique : OUI NON

Si OUI, précisez :

- Le(les) quelle(s) :

Suivi psychiatrique : OUI NON Traitement : OUI NON
Thérapeute référent/ lieu de soins (coordonnées) :

- Tabagisme : NON Actif Sevré

- Trouble lié à l'usage d'alcool : NON OUI actuel Sevrage récent sevrage ancien

- Conduite(s) addictive(s) autre (Héroïne, cocaïne, cannabis...) : OUI NON

Si OUI, précisez:

- La(les) quelle(s) :

- Traitement de substitution aux opiacés :

- Suivi en centre spécialisée : OUI NON si OUI, Nom/Lieu :

- Suivi en médecine de ville : OUI NON si OUI, Nom/Lieu :

- Prestataires de santé à domicile indiqués ? OUI NON
Si oui, préciser :
- *Quel type de prestations ?*

 - *Nom/contact/coordonnées éventuels ?*
- Hospitalisation à domicile indiquée ? OUI NON
- *Si oui, HAD en cours :* OUI NON
 - *Si non, service de HAD déjà sollicité ?* OUI NON

Commentaires complémentaires éventuels :

MERCI DE JOINDRE TOUT ELEMENT MEDICAL PERTINENT RECENT (moins de 6 mois) POUR CONSTITUER LE DOSSIER :

- **Ordonnances**
- **Comptes-rendus de consultations et/ou d'hospitalisations**
- **Résultats d'examens complémentaires...**

Cachet et signature du médecin

Date :

NOMS ET COORDONNEES DES INTERVENANTS

PROFESSIONS	NOMS	COORDONNEES
MEDECIN TRAITANT		Adresse : Téléphone : Mail :
MEDECINS SPECIALISTES		Adresse : Téléphone : Mail :
		Adresse : Téléphone : Mail :
		Adresse : Téléphone : Mail :
INFIRMIER(E)(S)		Adresse : Téléphone : Mail :
AMBULANCIER		Adresse : Téléphone : Mail :

AIDE A DOMICILE		Adresse : Téléphone : Mail :
KINESITHERAPEUTE		Adresse : Téléphone : Mail :
PHARMACIEN		Adresse : Téléphone : Mail :
LABORATOIRE		Adresse : Téléphone : Mail :
AUTRES		Adresse : Téléphone : Mail :
AUTRES		Adresse : Téléphone : Mail :

ATTESTATION

Je soussigné(e) M. Mme. autorise par la présente, que mon dossier médical ainsi que les différents comptes-rendus des dernières consultations spécialisées avec les biologies correspondantes aux pathologies, soient transférés au Docteur Sylvain Nappez, médecin coordonnateur des ACT Amiens.

Fait à, le

Signature