

Association pour le Développement des Initiatives en Santé



Perspectives
St Omer et
Etaples

Service d'Appartements de Coordination Thérapeutique de l'association ADIS

Dunkerque : 19 rue du Docteur Louis Lemaire BP 64195 (59 378 Dunkerque Cedex 1) 03 28 59 19 19

Calais : 129 D 131C Digue Gaston Berthe (62100) 03 21 97 27 38

Boulogne : 122 quai Gambetta (62200) 03 21 33 89 51

Arras : 3 rue du Collège (62000) 03.21.73.42.08

actlittoral@orange.fr

Dossier de candidature

Site souhaité :

- Dunkerque
- Calais
- Boulogne sur Mer
- Arras

DOSSIER DE CANDIDATURE A RENVOYER COMPLET A :

Pour le présent dossier :

Mme DANEL Catherine, Directrice des ACT 59/62

Dunkerque : 19 rue du Docteur Louis Lemaire BP 64195 (59378 Dunkerque cedex 1)

Pour le dossier médical, sous pli confidentiel, Dr HAQUIN

Calais : 129D 131C Digue Gaston Berthe (62100)

Boulogne : 122 quai Gambetta (62200)

Arras : 3 rue du Collège (62000)

Pour le dossier médical, sous pli confidentiel, Dr DEGUINES

Ne rien inscrire dans ce cadre

Date d'enregistrement :

Dossier :

- Complet
- Incomplet
- Hors cadre
- Retourné

INFORMATIONS GENERALES :

Vous souhaitez intégrer un appartement de coordination thérapeutique ; avant de remplir ce dossier d'admission, il nous semble important de vous informer des règles générales de notre structure et de son fonctionnement.

Cela vous permettra de vous informer et d'évaluer si le mode de fonctionnement de notre structure correspond à vos attentes

1) L'accueil et l'hébergement :

Le service ACT de l'ADIS propose des hébergements individuels en diffus sur les territoires de Dunkerque (6 ACT), sur Calais (4 ACT), sur Boulogne (4 ACT) et sur Arras (7 ACT). Une prise en charge médicale et psychologique, ainsi qu'un accompagnement social et éducatif.

Sur chaque site, le service ACT dispose d'espaces d'accueil pour les publics et de bureaux afin d'être reçu (e) par les professionnels, pour les entretiens, consultations ou ateliers collectifs...

Les appartements sont entièrement équipés et « prêt à vivre » (électro ménager : machine à laver, réfrigérateur, TV...) et meublés : cuisine, salon, chambre, salle de bain et wc. Certains d'entre eux sont adaptés pour les personnes à mobilité réduite.

L'équipe est composée de :

- une directrice : Mme DANEL
- deux médecins coordinateurs : Dr Haquin, Dr Deguisne
- une chef de service ACT
- une psychologue
- un(e) référent(e) éducatif (ve) par site géographique
- une assistante sociale
- une secrétaire
- une auxiliaire de vie
- une infirmière
- une comptable
- une assistante comptable
- un psychologue de supervision

Des professionnels viendront renforcer l'équipe actuelle

2) La participation financière :

La participation financière est fixée à 60€ mensuelle.

Une caution de quatre mois est à régler (possibilité d'échelonnement en cinq fois : 5 x 48€) pour la mise à disposition de l'appartement et son mobilier (60€ x 4 soit 240 euros).

Les frais de nourriture, loisirs... sont à la charge des personnes.

3) Le règlement intérieur :

En cas d'inclusion en ACT, la personne cosigne le contrat de séjour ainsi que le règlement de fonctionnement qu'elle s'engage à respecter.

Liste des pièces à fournir

Afin de préparer au mieux votre arrivée dans les ACT 59/62, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce dossier et de joindre à celui-ci les pièces suivantes :

- Photocopie de la carte d'identité ou de la carte de séjour
- Photocopie de l'attestation d'assuré(e) social(e)
- Photocopie de la carte de mutuelle
- Attestation Caf de vos prestations (RSA, AAH...)
- Notification COTOREP (AAH, reconnaissance travail handicapé...)
- Pour les personnes sous tutelle, nom du tuteur et de l'organisme
- Lettre de motivation et projet de la personne
- Rapport social - Rapport du SPIP
- Dossier médical
- Attestation d'autorisation du transfert de dossier médical au médecin coordinateur des ACT

Dossier social type de demande d'admission en ACT

Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) « hébergent à titre temporaire 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, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion » (extrait du décret 2002-1227 du 3 octobre 2002).

(Ne pas remplir)

Etablissement instruisant la demande

Réservé au service ACT N°

Nom et qualité du travailleur social

Date réception Date réponse

Coordonnées *Compte-rendu médical oui/non*

Avis de l'équipe

Type d'hébergement ACT demandé

Collectif Semi-collectif Individuel

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) :

Nombre d'accompagnant(s)* :

Etat Civil du(des) demandeur(s)

M. Mme Mlle M. Mme Mlle

Tel :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Situation familiale :

Nationalité :

Pièce d'identité : Validité et nature (CNI, Titre de séjour, APS,...)

Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler Oui Non

Tutelle/curatelle Oui Non

Etat Civil du(des) enfants(s)

Nom prénom	Date de naissance	A charge en France ?

* accompagnants : toutes personnes non-malades (enfants, conjoint, compagnon,...) vivant avec le demandeur.

Nom prénom	Date de naissance	Informations nécessaires (pacse/mariage/ ressources..)

Logement/Hébergement actuel

M. Mme Mlle M. Mme Mlle
Type de logement/hébergement
Facultatif : Coordonnées

Ressources

Nature M. Mme Mlle M. Mme Mlle
(AAH, RMI, salaire...) Montant
Total

Charges

Nature M. Mme Mlle M. Mme Mlle
Montant
Total
Dettes éventuelles

Couverture Sociale

M. Mme Mlle M. Mme Mlle
Base (régime général, CMU)
CMU Complémentaire / Mutuelle
100% A.L.D.
AME

Autre(s) intervenant(s)

Evaluation Sociale à joindre

Précisez tous les éléments utiles à la demande d'admission : tels que la capacité à vivre seul et les éventuels projets à court et/ou moyen terme.

Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :

- *Rapport médical, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure.*
- *Demande d'admission en ACT signée par le demandeur.*
- *N'oubliez pas que certaines structures ACT souhaitent une lettre de motivation du demandeur (cf. liste des associations).*

Signature du professionnel instruisant la demande

Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)¹

Je soussigné(e)²

Né(e) le _____ à _____

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s)

ACT³ suivante(s) :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

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

Fait à _____ Le _____

Signature

¹ Signer une demande d'admission par demandeur

² Nom du demandeur

³ Nom de la(des) structure(s)

Votre projet

Nous vous demandons d'expliquer en quelques lignes, pourquoi vous souhaitez être accueilli(e/s) dans les appartements de coordination thérapeutiques.

Quel est votre projet (soins, professionnel, social ou autre..) ?

De quoi avez-vous besoin ?

Qu'attendez-vous du service ?

Ecrivez tout ce que vous avez envie de dire... ou joignez un courrier.

SANTE/ MEDICAL

Nous vous demandons de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous, pour permettre à l'équipe médicale de mieux connaître les capacités physiques de la personne qui va être accueillie au sein des ACT 59/62.

Le dossier médical, joint en annexe devra être envoyé au médecin coordinateur des ACT sous pli confidentiel.

Dossier Médical de
demande d'admission
en Appartement de
Coordination
Thérapeutique de
l'ADIS
(ACT)

Date de la demande :

Nom et coordonnées du médecin demandeur :

Hôpital Référent :

Service :

Nom et coordonnées du médecin référent

Pathologie motivant la demande :

Date de découverte :

IDENTITE DU CANDIDAT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Adresse :

N° Tél. :

CPAM

Numéro de sécurité sociale :

Adresse de la CPAM :

ALD : non oui (date de validité)

AME : non oui (date de validité)

CMU : non oui (date de validité)

Autre :

MEDECIN TRAITANT

Nom-Prénom :

Adresse :

Téléphone :

TRAITEMENT :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

ALLERGIE :

SOINS PARTICULIERS :

REGIME :

VACCINS :

CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

BESOINS	AUTONOMIE	DEPENDANCE PARTIELLE	DEPENDANCE TOTALE	AIDE NECESSAIRE
RESPIRATION	Pas de troubles <input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie / 24h <input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie 24h / 24h <input type="checkbox"/>	Kiné respiratoire <input type="checkbox"/>
TOILETTE ET HABILLAGE	Se lave seul <input type="checkbox"/> S'habille seul <input type="checkbox"/>	Aide à la toilette et à l'habillage <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	
	Au lit <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Bain <input type="checkbox"/>			
ALIMENTATION	S'installe seul et mange seul <input type="checkbox"/>	Doit être installé, mange seul <input type="checkbox"/> Installation et stimulation <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire haut <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire bas <input type="checkbox"/>
	Distribution du repas : matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> Organisme :			
CONTINENCE	Continent <input type="checkbox"/>	Accompagnement aux toilettes <input type="checkbox"/> Urinal <input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/>	Change jour <input type="checkbox"/> Change nuit <input type="checkbox"/>
	Tendance à la constipation <input type="checkbox"/> Tendance à la diarrhée <input type="checkbox"/> Colostomie <input type="checkbox"/>			
DEPLACEMENTS	Se déplace seul, sans aide <input type="checkbox"/>	Besoin d'aide d'une personne <input type="checkbox"/>	Fauteuil coquille, roulant <input type="checkbox"/>	Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Ceinture de maintien au fauteuil <input type="checkbox"/> Barrières de lit <input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/>
ORGANE DES SENS	Parole correcte <input type="checkbox"/> Vue correcte <input type="checkbox"/> Oùie correcte <input type="checkbox"/>	Troubles parole <input type="checkbox"/> Vue déficiente <input type="checkbox"/> Troubles audition <input type="checkbox"/>	Mutisme <input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/>
COMMUNICATION	Langage <input type="checkbox"/> Bonne compréhension <input type="checkbox"/>	Sur sollicitation <input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Difficulté de langage <input type="checkbox"/>	Non adaptée <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/>	Atelier communication adaptée <input type="checkbox"/> Langue étrangère <input type="checkbox"/>
SOMMEIL	Bon <input type="checkbox"/> Sieste <input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil <input type="checkbox"/>		Somnifère <input type="checkbox"/>
ORIENTATION	Autonome <input type="checkbox"/>	Désorientation temporelle <input type="checkbox"/> Spatiale <input type="checkbox"/>	Désorientation totale <input type="checkbox"/> Fugueur <input type="checkbox"/>	

COMPORTEMENT	Pas de troubles <input type="checkbox"/>	Agressivité occasionnelle <input type="checkbox"/> Tendance au repli <input type="checkbox"/>	Agressivité <input type="checkbox"/> Angoisse <input type="checkbox"/> Etat dépressif <input type="checkbox"/>	Traitement <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/>
ETAT CUTANNE	Rougeur <input type="checkbox"/> Nécrose <input type="checkbox"/> Ulcère <input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> Autre plaie :			
PRISE DU TRAITEMENT	- Par la personne <input type="checkbox"/> : matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> - Par IDE ou <input type="checkbox"/> : matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/>			

Nécessité de prise en charge spécifique :

Non










Soins à domicile

Hospitalisation à domicile

Commentaires :

(grossesse, observance du traitement, état général)

NOMS ET COORDONNEES DES INTERVENANTS

PROFESSIONS	NOMS	COORDONNEES
MEDECIN TRAITANT		<input type="checkbox"/> 
MEDECINS SPECIALISTES		<input type="checkbox"/> 
INFIRMIER(ES)(S)		<input type="checkbox"/> 
AMBULANCIER		<input type="checkbox"/> 
AIDE A DOMICILE		<input type="checkbox"/> 
KINESITHEREPEUTE		<input type="checkbox"/> 
PHARMACIEN		<input type="checkbox"/> 
LABORATOIRE		<input type="checkbox"/> 
AUTRES		<input type="checkbox"/> 

Joindre un rapport médical, si possible ++

ATTESTATION

Je soussigné(e),, 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 DEGUISNE Yveline, médecin coordinatrice des ACT 62

Docteur HAQUIN Bruno, médecin coordinateur des ACT 59

Au 3 rue du Collège, 62 000 Arras

Ou Au 129D 131C Digue Gaston Berthe, 62100 Calais

Ou Au 122 quai Gambetta, 62 200 Boulogne sur Mer

Ou 19 rue du Docteur Louis Lemaire BP 64195, 59 378 Dunkerque Cedex 1.

Fait à, le

Signature