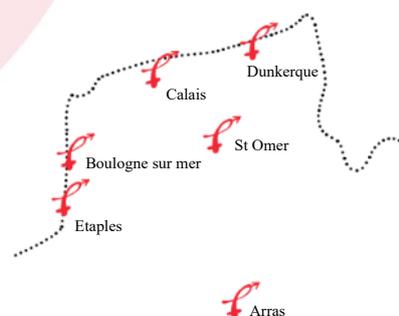


**Service d'Appartements de Coordination Thérapeutique
Association ADIS**

 : 03 21 97 27 38

 : contact@asso-adis.com

**Dossier de
candidature**



1

Site(s) souhaité(s) (plusieurs réponses possibles) :
Numéroter par ordre de préférence

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dunkerque | <input type="checkbox"/> Arras |
| <input type="checkbox"/> Calais | <input type="checkbox"/> Saint-Omer |
| <input type="checkbox"/> Boulogne sur Mer | <input type="checkbox"/> Etaples-sur-Mer |

DOSSIER DE CANDIDATURE A RENVOYER COMPLET A :

Pour le présent dossier :

Mme DANIEL Catherine, Directrice des services et des établissements de l'ADIS

Calais : 129D 131C Digue Gaston Berthe – 62100 CALAIS

+ le dossier médical, sous pli confidentiel, à l'attention du Docteur DEGUINES

Ne rien inscrire dans ce cadre

Date d'enregistrement :

- Dossier :
- Complet
 - Incomplet
 - Hors cadre
 - Retourné

Nom Prénom :

INFORMATIONS GÉNÉRALES :

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) accueillent quelle que soit « leur situation administrative, 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, garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion » (extrait du décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020).

1) L'ADIS c'est quoi ?



L'ADIS accompagne toute personne vulnérable en situation de précarité, atteinte ou non de pathologie chronique, dans l'écoute, le respect et le non-jugement.

Trois services :

- ACT avec hébergement
- ACT Hors-les-murs et service d'accompagnement à domicile
- Service de prévention en santé sexuelle

2

L'ADIS dispose d'espace d'accueil sur chaque site afin de recevoir les personnes, pour des entretiens ou des ateliers.

1) Un appartement de coordination thérapeutique (ACT)

Ce service met à disposition des logements individuels et autonomes (entièrement équipés et meublés) et propose un accompagnement pluridisciplinaire adapté aux besoins et aux demandes des personnes. Il vise à accompagner les personnes ayant une pathologie chronique somatique.

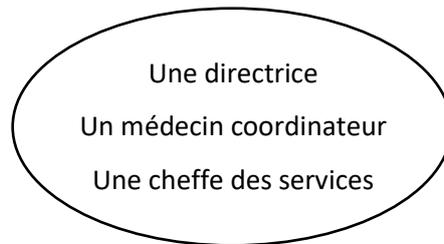
Selon le ministère de la santé et de la prévention, une maladie chronique est « *une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves* ».

L'ADIS dispose de 33 appartements de coordination thérapeutique répartis sur les territoires de Dunkerque (6 places), Calais (5 places), Boulogne-sur-Mer (5 places), Arras (7 places), Saint-Omer (5 places) et Etaples-sur-Mer (5 places).

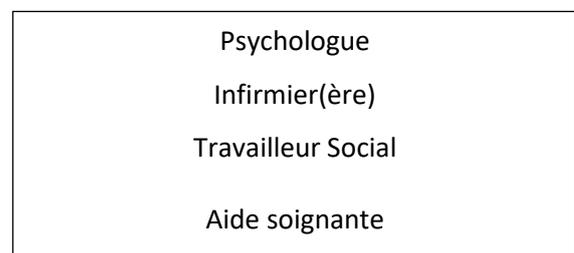
2) Accompagnement ACT

Une prise en charge médicale et psychologique, ainsi qu'un accompagnement social et éducatif sera proposé.

L'équipe est composée de :



3



3) Procédure d'admission

Complétude du dossier social et médical

Commission d'admission

Réception de la demande

Envoi d'un courrier avec la date de passage en commission

Candidature retenue

Candidature non-retenue

Place non disponible:

Place disponible:

4

Dossier mis en attente

Entretien de pré-admission
avec la direction, le médecin
et la psychologue

NON ADMISSIBLE
Lettre de refus avec réorientation

X

Date d'entrée fixée pour l'intégration
du dispositif ACT

4) La participation financière :

La participation financière est fixée à 60€ mensuelle, et sera proratisée en fonction de la date d'entrée.

Une caution, équivalente à quatre mois de loyer (60€ x 4 soit 240 euros), est à régler : 120 euros le jour de l'admission et possibilité d'échelonnement en trois fois : 3 x 40€ pour la mise à disposition de l'appartement et de son mobilier.

En cas de présence d'une personne accompagnante, un forfait de 60€ minimum (ressources supérieures à 600€/mois) ou 10% des ressources (inférieure à 600€/mois).

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

5) Le règlement intérieur :

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

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

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

- Lettre de motivation et projet de la personne
- Note sociale par le professionnel vous orientant vers notre service
- Dossier médical ci-joint et les différents documents médicaux récents (comptes-rendus hospitaliers, bilan neuropsychologique,...)
- Attestation d'autorisation du transfert de dossier médical au médecin coordinateur des ACT



Dossier social de demande d'admission ACT



Etablissement instruisant la demande :

Nom et qualité du travailleur social instruisant la demande :

Coordonnées de la personne instruisant la demande :
Nom, téléphone et adresse mail :

Signature du professionnel instruisant la demande :

Etat Civil du(des) demandeur(s)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe :
Conjoint(e) / Enfants :
Nationalité :
Téléphone / Adresse mail :



6

Situation familiale :

- Célibataire En couple
 Enfants :

Nom prénom	Âge	Lien de parenté

Lieu de vie actuel

Type de logement/hébergement (individuel, associatif, structure, sans logement...) :

Adresse ou lieu ressource :



Administratif :

Pièce d'identité :

CNI Titre de séjour Autorisation Provisoire Séjour

Validité :.....

Mesure de protection juridique ou administrative Oui Non

Nom du professionnel et de la structure :



Ressources :

Montant :.....€uros

Nature (AAH, RSA, salaire, pension d'invalidité, retraite, ...) :

.....
.....

Couverture Sociale :

Régime général : CPAM MSA Autre :

CSS / Mutuelle :

100% A.L.D :

AME :



Autre(s) intervenant(s) accompagnant la personne :

7 _____

Nom	Structure	Coordonnées

Accord de la personne sur les éléments transmis et l'adhésion au projet

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

Signature de la personne :

VOTRE PROJET

Nous vous demandons d'expliquer en quelques lignes, pourquoi vous souhaitez être accompagné(e/s) par notre service d'ACT.

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.

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

Dossier Médical de demande d'admission

Appartement de Coordination Thérapeutique de l'ADIS (ACT)



Date de la demande :

Nom et coordonnées du médecin demandeur :

Nom et coordonnées du médecin traitant :
.....

Nom et coordonnées d'un professionnel de santé référent (IDE..) :
.....

IDENTITE DU CANDIDAT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



Joindre un rapport médical, si possible : les différents documents médicaux récents (comptes-rendus hospitaliers,...).

Si les informations médicales transmises ne sont pas suffisantes pour le médecin coordinateur des ACT, un complément d'informations sera demandé. Votre demande sera mise en attente.

ATTESTATION

Je soussigné(e),, autorise par la présente, que mon dossier médical ainsi que les différents comptes-rendus médicaux, soient transférés au Docteur DEGUINES Yveline, médecin coordinatrice des ACT hébergement l'ADIS.

J'atteste par la présente donner mon accord afin que ces données médicales soient présentées lors de la commission à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Fait à, le

Signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

PATHOLOGIE CHRONIQUE :

Pathologie chronique motivant la demande :

.....

Date du diagnostic :

COMORBIDITES :

Autre(s) pathologie(s) :

.....

.....

Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique : oui non

Suivi psychothérapique : oui non

Trouble(s) du comportement : oui non

Si oui, précision :

Conduites addictives : oui non

Si oui, préciser laquelle ou lesquelles :

.....



ANTECEDENTS MEDICAUX :

12



ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :



TRAITEMENT(S) :

CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

BESOINS	AUTONOMIE	DEPENDANCE PARTIELLE	DEPENDANCE TOTALE
RESPIRATION			
TOILETTE ET HABILLAGE			
ALIMENTATION			
DEPLACEMENTS			
COMMUNICATION			
ORIENTATION SPATIO-TEMPORELLE			

PRISE EN CHARGE ACTUELLE :

BESOINS IDENTIFIES :

13

AUTRE(S) INFORMATION(S) :



NOMS ET COORDONNEES DES INTERVENANTS

PROFESSIONS	NOMS	COORDONNEES
MEDECIN TRAITANT		☒ ☎
MEDECINS SPECIALISTES		☒ ☎
INFIRMIER(ES)(S)		☒ ☎
AMBULANCIER		☒ ☎
AIDE A DOMICILE		☒ ☎
KINESITHEREPEUTE		☒ ☎
PHARMACIEN		☒ ☎
LABORATOIRE		☒ ☎
AUTRES		☒ ☎

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

PATHOLOGIE :

Pathologie motivant la demande :

Date de la découverte :

Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique : oui non

Suivi psychothérapeutique : oui non

Conduites addictives/Alcool : oui non

Si oui : préciser lesquelles :

Type de substitution :

Depuis quand :

Suivi en centre spécialisé : oui non Depuis quand :

TRAITEMENT :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

ALLERGIE :

SOINS PARTICULIERS :

16

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)