

Le service d'accompagnement aux soins a été créé pour faciliter l'accès aux soins au 2<sup>nd</sup> recours en addictologie. Il est **préconisé pour un profil déterminé de patients** : dépendance avec ou sans produit et présentant une difficulté matérielle, physique ou psychique pour accéder à ce 2<sup>nd</sup> recours.

**Cette fiche permet aux professionnels d'adresser leur demande par mail ([coordination.csapa@chlaval.fr](mailto:coordination.csapa@chlaval.fr)) ou par téléphone (02.43.590.690).**

<b>Identité du patient</b>	<b>N° de demande (Cadre réservé au CSAPA 53) : SAS-2021-</b>
Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	N° de téléphone : .....
Commune de résidence : .....	

**Critères spécifiques présentés par le patient afin de pouvoir bénéficier du service**

<b>USAGE PROBLEMATIQUE (COCHER UNE CASE)</b>	
<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Médicaments psychotropes
<input type="checkbox"/> Produits illicites	<input type="checkbox"/> Sans produit
<input type="checkbox"/> Polyconsommations	
<b>ISOLEMENT ET/OU PRECARITE ECONOMIQUE (COCHER UNE OU PLUSIEURS CASES)</b>	
<input type="checkbox"/> Retrait du permis de conduire	<input type="checkbox"/> Absence d'entourage ou d'entourage « aidant »
<input type="checkbox"/> Absence de moyen de locomotion	<input type="checkbox"/> Situation d'angoisse
<input type="checkbox"/> Alcoolisation quotidienne empêchant la conduite	<input type="checkbox"/> Rupture avec le droit social commun

**Motif de la demande (COCHER UNE CASE)**

<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> contact avec un service spécialisé <input type="checkbox"/> Risque de rupture de soins avec les services spécialisés <input type="checkbox"/> Aide à la sortie du sevrage <input type="checkbox"/> Projet de réinsertion	Si RDV prévu : <i>précisez date, lieu et horaire</i>  <b>RDV</b>
--	--

Autres informations : .....

**Un accompagnant soin va contacter par téléphone le patient.** *(Après l'avoir informé, cocher la case)*

**J'ai informé le patient de cette démarche et recueilli son accord pour que je transmette ses coordonnées.**

**Professionnel à l'origine de la demande**

Nom et prénom du professionnel : .....

Fonction ou cachet : .....

Mail ou fax pour le retour de la fiche de liaison : .....

Le .....

Une fiche de liaison sera ensuite retournée au professionnel, par fax ou mail, pour vous informer des suites données à l'intervention de l'accompagnant soin.