

Du soin à l'insertion



Association départementale de lutte contre les addictions

**Unité de Sevrage
Centre de Soins, de Suite et
de Réadaptation en Addictologie**
7, rue de la Demi-Lune
39140 Bletterans

Tel : 03.84.48.17.21. - Fax : 03.84.48.46 47
Email : secmed@adlca-bletterans.fr

Votre projet de soins au Centre (CSSRA) de BLETTERANS

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

❖ Votre relation au(x) produit(s) :

Pouvez-vous décrire les bénéfices des consommations, ce que le(s) produit(s) vous apportai(en)t, vous permettai(en)t ? Quels effets étaient recherchés dans vos consommations ?

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

❖ Votre démarche de soins :

Pouvez-vous indiquer ce qui vous a amené à faire cette demande de soins ?

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

Quelles sont vos attentes de la prise en charge proposée au CSSRA de BLETTERANS ? Avez-vous des besoins spécifiques ?

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

Envisagez-vous des difficultés dans l'abstinence ? Lesquelles ?

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

❖Après les soins :

Que va vous permettre l'abstinence ? En quoi l'arrêt du(des) produit(s) va modifier votre vie ?

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

❖Avez-vous été aidé(e) pour rédiger votre projet de soins ?

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