

**FICHE DE PRISE EN CHARGE PROVISOIRE ADDICTION  
RÉSEAU RÉsAD VAUCLUSE CAMARGUE**

Je soussigné(e)....., professionnel délégué (médecin / sage femme)  
adhérent(e) au réseau Résad Vaucluse Camargue, certifie que :

Melle /Mme /Mr.....Né(e) le .....

**dans l'attente de la régularisation de ses droits, bénéficie pour une période de 6 semaines maximum  
d'une inclusion provisoire dans le réseau Résad Vaucluse Camargue jusqu'au .....**

**Une fois les droits ouverts, veuillez utiliser la fiche de prise en charge spécifique correspondante.**

Ⓢ **Consultations de médecines générales (maximum : 6)** oui  non

Ⓢ **Médicaments pour les soins en rapport avec l'addiction** oui  non

Ⓢ **Bilan biologique (en rapport avec l'addiction)** oui  non

**Une feuille de prise en charge est à remplir par acte dérogatoire choisi.**

Date : .....

Signature et cachet du professionnel délégué