

SYNTHÈSE DU PROJET PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS) - HORS CSAPA

(à l'inclusion puis tous les 6 mois ou 3 mois si grossesse)

Nom (3 lettres) :	Prénom (3 lettres) :	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Inclusion / <input type="checkbox"/> Suivi à.....mois	Établi le :/...../.....
<input type="checkbox"/> Grossesse		

Motif(s) d'entrée ou de suivi (plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Toxicomanie / Cannabis / Pharmacodépendance | <input type="checkbox"/> Hépatites |
| <input type="checkbox"/> Tabac | |
| <input type="checkbox"/> Dépendance sans produit | |

		Non nécessaire	Souhaitable	En cours	Refusé
Suivi addictologique par le professionnel délégué (vous-même)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi spécialisé	Suivi addictologique (CSAPA, Hôpital...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suivi médical (co-morbidités somatiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suivi psychiatrique (co-morbidités)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépistage VIH / VHC / VHB		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccination Hépatites A et B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils en réduction des risques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien psychothérapeutique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide diététique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation sociale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOUHAITS DU PROFESSIONNEL

	Souhaité
Retours des informations au professionnel :	
- par courrier (copie du dossier papier)	<input type="checkbox"/>
- au cours d'une réunion de synthèse téléphonique *	<input type="checkbox"/>
- au cours d'une réunion de synthèse au cabinet du professionnel délégué *	<input type="checkbox"/>
Contact avec le médecin coordinateur du réseau pour un avis addictologique	<input type="checkbox"/>
Contact avec l'assistante sociale du réseau pour un avis social	<input type="checkbox"/>
Organisation d'une réunion de coordination pluridisciplinaire de proximité en présence de l'usager et des professionnels intervenant dans sa prise en charge*	<input type="checkbox"/>

* Indemnisation prévue pour le professionnel délégué libéral

COMMENTAIRES ÉVENTUELS	CACHET DU PROFESSIONNEL

Plateforme téléphonique : 04 90 16 96 46

Original à adresser à la coordination du réseau, sans affranchissement, à RESAD Vaucluse Camargue - Libre Réponse 10636 – 84019 AVIGNON CEDEX, accompagné du consentement dûment signé et complété. Le double est à conserver par le professionnel.