

FICHE DE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

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

Melle /Mme /MrNé(e) le

Est inclus(e) dans le réseau Résad Vaucluse Camargue

jusqu'au(valable 6 mois, renouvelable) et bénéficie de la prise en charge de :

⊙ **Vit. B1 (Bevitine®-Benerva®), Vit. PP (Nicobion®) :**

oui

non

Pour **1 mois** de **vitaminothérapie B1** à raison de 2 cp/jour (à 250 mg) la 1^{ère} semaine,
puis 1 comprimé pour les 3 semaines suivantes ; **Vitamine PP**
à raison d'1 cp/jour pour **1 semaine**.

⊙ **Forfait infirmier de surveillance de sevrage ambulatoire d'alcool (S.A.A.) :**

oui

non

Consultations bi- quotidiennes de l'infirmier(e) pendant **1 semaine** (sauf le dimanche),
avec notification sur le livret de suivi.

⊙ **Bilan psychologique :**

oui

non

6 séances non renouvelable auprès d'un(e) professionnel(le) adhérent(e) au réseau.

⊙ **Bilan diététique :**

oui

non

2 consultations par an auprès d'un(e) professionnel(le) adhérent(e) au réseau
(éventuellement renouvelable 1 fois).

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

Date :

Signature et cachet du professionnel délégué