

Equipe Mobile (RESA)
La Roche-sur-Yon,

Objet : dossier de demande d'accompagnement par l'équipe mobile (RESA)

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, veuillez trouver ci-joint une fiche d'orientation (dans la mesure du possible, à remplir avec la personne) destinée à l'équipe mobile RESA : Réfléchir Ensemble et Soutenir en Addictologie.

L'équipe mobile RESA est un soutien pour les personnes ayant des difficultés avec une consommation ou une problématique addictive associée à une situation de précarité ponctuelle ou chronique. Cette équipe a pour objectif d'accompagner la personne en fonction de ses besoins en lien avec les différents professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le but étant de favoriser l'information, la prévention, l'accès et le maintien en soin en addictologie.

Public cible :

Toute personne majeure en Vendée, souhaitant échanger sur sa problématique addictive. Elle doit rencontrer au moins deux difficultés en lien avec :

- Le logement : absence, insécurité, insalubrité, ...
- L'isolement social / modalités de déplacement
- Une précarité financière situationnelle
- L'absence/La rupture de droits (santé/sociaux)

Merci de nous renvoyer le formulaire ci-contre.

Nous retourner le dossier complet par courrier, mail ou fax :

- 2, rue Victor Hugo – BP 113 – 85003 La-Roche-sur-Yon Cedex
- equiperesa@oppelia.fr ou adresse mail sécurisée equiperesa@esantepdl.mssante.fr
- Numéro de fax : 02.51.46.09.64

En cas d'acceptation, un entretien tripartite pourra vous être proposé.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez joindre le secrétariat admission au : 02.51.37.54.11

Tous les jours de 8 h 30 à 12 h 30 et de 13 h 30 à 16 h 30.

FICHE D'ORIENTATION-EQUIPE RESA

1- IDENTITÉ

Nom : Date de naissance :

Prénom : Genre :

Pseudo : Adresse habituelle :

Numéro de téléphone :
.....

Adresse Mail :
.....

Adresse provisoire :
.....

Merci de nous indiquer comment joindre la personne :
.....

2- PARTENAIRE À L'ORIGINE DE LA DEMANDE

Nom du professionnel et fonction :

Structure ou Établissement :

Téléphone :

Adresse Mail :

3- IDENTIFICATION DES CONSOMMATIONS

<u>Produits consommés</u>		<u>Autres conduites addictives</u>	
Alcool	<input type="checkbox"/>	Jeux pathologiques	<input type="checkbox"/>
THC / CBD	<input type="checkbox"/>		
Héroïne	<input type="checkbox"/>	Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	alimentaire	
Tabac	<input type="checkbox"/>		
Autres stupéfiants	<input type="checkbox"/>	Autres :	

4- CRITÈRES D'INCLUSION POUR ETRE ACCOMPAGNÉ PAR L'EQUIPE

LOGEMENT	
<input type="checkbox"/> Sans logement	<input type="checkbox"/> Hébergement temporaire
<input type="checkbox"/> Insécurité dans le logement	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Insalubrité/ inadaptation	
ISOLEMENT SOCIAL / MODALITÉS DE DÉPLACEMENT	
<input type="checkbox"/> Pas d'entourage familial ou amical	<input type="checkbox"/> Pas d'accès aux transports en commun
<input type="checkbox"/> Entourage toxique	
<input type="checkbox"/> Conflits familiaux	<input type="checkbox"/> Absence de mobilité, préciser :
DIFFICULTÉS FINANCIÈRES	
<input type="checkbox"/> Perception de minimas sociaux	<input type="checkbox"/> Absence de ressource
<input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion du budget	<input type="checkbox"/> Situation de surendettement
	<input type="checkbox"/> Inadéquation entre les ressources et les charges
ACCÈS AUX DROITS	
<input type="checkbox"/> Déni administratif	<input type="checkbox"/> Absence de droit ouvert
<input type="checkbox"/> Retard sur suivi administratif	

5- ÉLÉMENTS UTILES À NOUS PARTAGER

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature de la personne :

Signature du professionnel :