



**ASSOCIATION DU DISPENSAIRE DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME**

39000 LONS-LE-SAUNIER

**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 à l'alcool :**

Pouvez-vous décrire les bénéfices des alcoolisations, ce que l'alcool vous apportait, vous permettait ? 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 de l'alcool va modifier votre vie ?

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

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

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