

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



Installation : _____

N° Dossier : _____

Date de naissance : _____

Sexe : _____

Nom, Prénom : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NAM : _____

Expiration : _____



EST10149

RÉFÉRENCE AU CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME (CAT)

Chirurgie à venir Hospitalisation récente Grossesse

Évaluation du statut tabagique

Nombre de cigarettes par jour : _____

Fume la 1^{ère} cigarette < 30 min. du réveil : Oui Non

Intention d'arrêter de fumer : Oui Non

- Si Oui d'ici les 30 prochains jours d'ici 1 à 6 mois dans plus de 6 mois

Le client a cessé de fumer Date d'arrêt tabagique : _____

Quelle médication ou produit utilisé? (Cocher s'il y a lieu)

<input type="checkbox"/> Timbre (patch)	<input type="checkbox"/> 21 mg <input type="checkbox"/> 14 mg <input type="checkbox"/> 7 mg
<input type="checkbox"/> Gomme de nicotine	<input type="checkbox"/> 2 mg <input type="checkbox"/> 4 mg
<input type="checkbox"/> Pastilles de nicotine	<input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> 2 mg <input type="checkbox"/> 4 mg
<input type="checkbox"/> Vaporisateur de nicotine (vapoéclair)	<input type="checkbox"/> 1 mg
<input type="checkbox"/> Inhalateur de nicotine	<input type="checkbox"/> 10 mg
<input type="checkbox"/> Champix ou <input type="checkbox"/> Zyban	
<input type="checkbox"/> Aucune médication	

Informations complémentaires : _____

Le client autorise le transfert de ces informations au Centre d'abandon du tabagisme (CAT).

Professionnel(le) référant :

Nom et prénom en lettres moulées : _____

Lieu de pratique : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Date : _____

Veuillez acheminer cette référence au CAT par télécopieur ou via l'adresse de messagerie (courriel) du CAT :

Télécopieur : 514-356-0637

Adresse de messagerie (courriel) du CAT :

cat.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Tél. CAT : 514-524-3522

Installation des divers CAT au CIUSSS-EMTL

Sélectionner si connu ou si préférence de l'utilisateur :

<input type="checkbox"/> CLSC Rosemont	<input type="checkbox"/> CLSC de l'Est
<input type="checkbox"/> CLSC Olivier-Guimont	<input type="checkbox"/> CLSC Rivière-des-prairies
<input type="checkbox"/> CLSC Hochelaga-Maisonneuve	<input type="checkbox"/> CLSC St-Léonard
<input type="checkbox"/> CLSC Mercier-Est	<input type="checkbox"/> CLSC St-Michel