

<b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de- l'Île-de-Montréal</b>  <b>Québec</b>	Installation : _____	N° Dossier : _____	Date de naissance : _____	Sexe : _____
	 EST10149		Nom, Prénom : _____	
		Nom de la mère : _____		
		Adresse : _____		
		Téléphone : _____		
		NAM : _____	Expiration : _____	

### 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<sup>ère</sup> 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](mailto: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