

RÉFÉRENCE AU CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME

Nom et prénom :

Adresse :

Ville :

Date de naissance :

Téléphone : 1)

2)

Nom et coordonnées du référent :

Téléphone :

Fax :

J'ai procédé à une intervention en cessation tabagique auprès de cette personne et elle désire un suivi au Centre d'abandon du tabac :

Nombre d'années de tabagisme : _____ Nombre de cigarettes par jour: _____

- Fume actuellement mais pense cesser dans les 6 prochains mois. (réflexion)
- Fume actuellement mais désire arrêter vers le (date) _____. (Préparation)
- A cessé de fumer depuis moins de 6 mois. (Action)
- A cessé de fumer depuis plus de 6 mois et moins d'un an. (Maintien)

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'INTERVENANT-E DU
CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME

- La personne référée est suivie au Centre d'abandon du tabagisme
- Une intervention de soutien a été réalisée au téléphone avec la personne référée, mais elle ne désire pas de suivi au Centre d'abandon du tabagisme
- La personne référée n'a pas été rejoint (aucun retour d'appel)

Coordonnées de l'intervenant-e CAT _____

S.V.P. VEUILLEZ ENVOYER PAR TELECOPIEUR

CSSS des Collines	CSSS Papineau	CSSS Vallée-de-la-Gatineau 819-449-4102
La Pêche 819-456-4531	Petite-Nation 819-983-7708	CSSS Gatineau 819-966-6516
Val-des-Monts 819-671-3060	Vallée-de-la-Lièvre 819-986-8096	CSSS Pontiac 819-683-2008

Signature du professionnel _____ M.D. Pharm. Inf. Autre