



EST10149

N° Dossier:

Date naissance:

Sexe:

Nom, Prénom:

Nom de la mère:

Adresse:

Téléphone:

NAM:

Expiration:

### RÉFÉRENCE AU CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME (CAT)

Chirurgie à venir  Hospitalisation récente

#### Évaluation du statut tabagique

Nombre de cigarettes par jour : \_\_\_\_\_

Fume la 1ère 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 : \_\_\_\_\_

#### Si le client a cessé de fumer, quelle médication ou produit utilise-t-il ? (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).

Signature du client : \_\_\_\_\_

#### Professionnel(le) référent :

Nom et prénom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Lieu de pratique : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) - \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( ) - \_\_\_\_\_

Date :

**Veillez 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

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE