




RÉFÉRENCE CENTRES D'ABANDON
DU TABAGISME (CAT)
FP-CISS-6067

N° dossier : _____
RAMQ : _____
Nom : _____
Ville : _____
Tél. dom : _____
Tél. cell : _____

Centres d'abandon du tabagisme (CAT)	Profil tabagique																														
<input type="checkbox"/> CLSC Jean-Olivier Chénier Tél : 450 491-1233 poste 48554 Télé : 450 491-6898 <input type="checkbox"/> CLSC Thérèse-De Blainville Tél : 450 433-2777 poste 66302 Télé : 450-974-8200 <input type="checkbox"/> CLSC Lafontaine Tél : 450 432-2777 poste 25470 Télé : 450 432-2969 <input type="checkbox"/> Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil Tél : 450 562-3761 poste 72581 Télé : 450 562-2111 <input type="checkbox"/> CLSC St-Sauveur Tél : 450 227-3447 poste 77034 1 866 363-2525 poste 77034 Télé : 450 227-3467 <input type="checkbox"/> CLSC Ste-Agathe-des-Monts Tél : 819 324-4000 poste 33878 1 855 766-6387 poste 33878 Télé : 819 324-4090 <input type="checkbox"/> CLSC de Mont-Laurier Tél : 819 623-1228 poste 56311 1 800 567-4561 poste 56311 Télé : 819 623-9389 	<p>Nombre de cigarettes par jour :</p> <p>Consommation de la 1^{re} cigarette après le réveil :</p> <p><input type="checkbox"/> 5^{es} min. <input type="checkbox"/> 6 à 30 min. <input type="checkbox"/> 31 à 60 min. <input type="checkbox"/> Plus de 60 min.</p> <p>Date de l'arrêt tabagique :</p> <p>Informations complémentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Médicaments prescrits <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gommes de nicotine</th> <th>Posologie</th> <th>Durée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pastilles de nicotine</td> <td>Posologie</td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Timbres de nicotine</td> <td>Posologie</td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Inhalateur de nicotine</td> <td>Posologie</td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Vaporisateur de nicotine</td> <td>Posologie</td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Bupropion (Zyban®)</td> <td>Posologie</td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Varénicline (Champix®)</td> <td>Posologie</td> <td>Durée</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Renseignements sur le professionnel référant</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 60%;">Nom (lettres moulées)</td> <td style="width: 20%;">N° de permis</td> <td style="width: 20%;">N° de prescripteur</td> </tr> <tr> <td>Titre</td> <td colspan="2">Établissement</td> </tr> <tr> <td>Téléphone</td> <td colspan="2">Télécopieur</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Ligne J'ARRÊTE</p> <p><input type="checkbox"/> Tél : 1 866 527-7383 Télé : 1 866 255-9856</p> <p><input type="checkbox"/> Transmis par télécopie – consentement du patient obtenu</p>	Gommes de nicotine	Posologie	Durée	Pastilles de nicotine	Posologie	Durée	Timbres de nicotine	Posologie	Durée	Inhalateur de nicotine	Posologie	Durée	Vaporisateur de nicotine	Posologie	Durée	Bupropion (Zyban®)	Posologie	Durée	Varénicline (Champix®)	Posologie	Durée	Nom (lettres moulées)	N° de permis	N° de prescripteur	Titre	Établissement		Téléphone	Télécopieur	
	Gommes de nicotine	Posologie	Durée																												
	Pastilles de nicotine	Posologie	Durée																												
	Timbres de nicotine	Posologie	Durée																												
	Inhalateur de nicotine	Posologie	Durée																												
	Vaporisateur de nicotine	Posologie	Durée																												
	Bupropion (Zyban®)	Posologie	Durée																												
	Varénicline (Champix®)	Posologie	Durée																												
	Nom (lettres moulées)	N° de permis	N° de prescripteur																												
	Titre	Établissement																													
	Téléphone	Télécopieur																													
	<p>Signature _____ Date (AAAA/MM/J) _____</p>																														