

#### SOURCE DE L'AIGUILLAGE -- PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ -- REQUIS -- EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

Spécialité du professionnel de la santé (choisir une réponse)

Médecin    Infirmière    Dentiste    Pharmacien    Physiothérapeute    Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

Coordonnées du clinicien traitant

(ou incluez le timbre contenant l'information équivalente)

Prénom

Nom de famille

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Téléphone

Télécopieur

Timbre du bureau

#### COORDONNÉES -- PATIENT/CLIENT -- REQUIS -- EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

ADRESSE MUNICIPALE

VILLE

Ontario

PROVINCE

CODE POSTAL

DATE DE NAISSANCE (mm/aaaa)

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE

Domicile    Cellulaire    Bureau

Langue préférée pour le service

Anglais    Français

Interprète requis (spécifiez la langue) \_\_\_\_\_

ADRESSE ÉLECTRONIQUE (facultatif)

Sexe

Homme    Femme

Autre \_\_\_\_\_

*Téléassistance pour fumeurs* téléphone généralement au client dans les 3 jours ouvrables après avoir reçu l'aiguillage. Quand devrions-nous téléphoner?

Veillez me téléphoner  le matin    l'après-midi    le soir    n'importe quand

Peut-on laisser un message nous identifiant comme *Téléassistance pour fumeurs*?  Oui    Non

#### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ -- PATIENT/CLIENT

Je donne ma permission pour que ce formulaire soit télécopié à *Téléassistance pour fumeurs* (TF) afin que TF puisse communiquer avec moi concernant ma tentative pour cesser de fumer et aussi pour que TF communique avec mon fournisseur de soins de santé. Je comprends que TF conservera mes renseignements personnels en toute confidentialité et ne les utilisera que pour l'administration du programme d'aiguillage par télécopieur.

SIGNATURE DU CLIENT

DATE (mm/jj/aaaa)