



N° dossier _____
RAMQ _____
Nom _____
Ville _____
Tél. dom. _____
Cellulaire _____

**RÉFÉRENCE CENTRES D'ABANDON
DU TABAGISME (CAT)**

Coordonnées des centres CAT	Profil tabagique																																
<input type="checkbox"/> CLSC Jean-Olivier Chénier Tél : 450 491-1233 poste 48554 Télec : 450 433-6345 arret.tabagique.sud.ciSSLau@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> CLSC Thérèse-De Blainville Tél : 450 433-2777 poste 64112 Télec : 450 433-6345 arret.tabagique.sud.ciSSLau@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> CLSC Lafontaine Tél : 450 432-2777 poste 25470 Télec : 450 431-8254 arret.tabagique.centre.ciSSLau@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> CMSSS d'Argenteuil Tél : 450 562-3761 poste 72581 Télec : 450 431-8254 arret.tabagique.centre.ciSSLau@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> CLSC St-Sauveur/Ste-Adèle Tél : 450 227-3447 poste 77332 1 866 363-2525 poste 77332 Télec : 819 324-4124 arret.tabagique.nord.ciSSLau@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> CLSC Ste-Agathe/Mont-Tremblant/Labelle Tél : 819 326-3111 poste 33578 1 855 766-6387 poste 33578 Télec : 819 324-4124 arret.tabagique.nord.ciSSLau@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> CLSC Mont-Laurier/Rivière-Rouge Tél : 819 623-1228 poste 56451 1 800 567-4561 poste 56451 Télec : 819 623-3419 / 819 275-7944 arret.tabagique.nord.ciSSLau@ssss.gouv.qc.ca Ligne J'ARRÊTE <input type="checkbox"/> Tél : 1 866 527-7383 <input type="checkbox"/> Téléc : 1 866 255-9856	Nombre de cigarettes par jour : Consommation de la 1 ^{re} cigarette après le réveil : <input type="checkbox"/> 5 ^{res} min <input type="checkbox"/> 6 à 30 min <input type="checkbox"/> 31 à 60 min <input type="checkbox"/> Plus de 60min Date de l'arrêt tabagique : Informations complémentaires : <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Médicaments prescrits</th> <th><input type="checkbox"/> OUI</th> <th><input type="checkbox"/> NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gomme de nicotine</td> <td>Posologie</td> <td></td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Pastilles de nicotine</td> <td>Posologie</td> <td></td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Timbres de nicotine</td> <td>Posologie</td> <td></td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Inhalateur de nicotine</td> <td>Posologie</td> <td></td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Vaporisateur de nicotine</td> <td>Posologie</td> <td></td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Bupropion (Zyban®)</td> <td>Posologie</td> <td></td> <td>Durée</td> </tr> <tr> <td>Varénicline (Champix®)</td> <td>Posologie</td> <td></td> <td>Durée</td> </tr> </tbody> </table>	Médicaments prescrits		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Gomme 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
	Médicaments prescrits		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON																													
	Gomme 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																													
		Renseignements sur le professionnel référant																															
		Titre																															
		Etablissement																															
		Téléphone																															
		Télécopieur																															
	<input type="checkbox"/> Transmis par télécopie – consentement du patient obtenu																																
Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj																														