

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

Fournisseur de soins de santé (choisir une réponse)

Médecin Infirmière Dentiste Pharmacien Inhalothérapeute Autre (spécifiez) _____

Coordonnées du fournisseur de soins de santé 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

ADRESSE ÉLECTRONIQUE (facultatif)

Langue préférée pour le service
 Anglais Français
 Interprète requis (spécifiez la langue) _____

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)