

l'Île-du-Prince-Édouard

#### 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  
l'Île-du-Prince-Édouard  
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)