

SOURCE DE L'AIGUILLAGE – REQUIS – EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

Spécialité du professionnel de la 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, transmissible par télécopieur)

PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

(_____) _____
TÉLÉPHONE

(_____) _____
TÉLÉCOPIEUR

Timbre du bureau

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

PRÉNOM ou NOM PRÉFÉRÉ

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

Je m'identifie comme _____

**ON 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 Moi J'écrase ou Téléassistance pour fumeurs? Oui Non

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

La personne aiguillée comprend que ce formulaire sera soumis au partenaire de Moi J'écrase Téléassistance pour fumeurs afin qu'un partenaire de Moi J'écrase puisse communiquer avec la personne aiguillée concernant sa tentative pour cesser de fumer. La personne aiguillée comprend que ses renseignements personnels seront conservés de manière à en garantir la sécurité et la confidentialité et ne seront utilisés que pour l'administration et l'évaluation du programme Moi J'écrase.

SIGNATURE (de la personne aiguillée ou de la personne qui a obtenu le consentement verbal)

DATE (mm/jj/aaaa)