

INSCRIPTION AU CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME

1. Identification du patient :

Nom : _____

Prénom : _____

Tél. (rés.) : _____

Tél. (trav.) : _____

J'accepte que le professionnel de la santé transmette mes coordonnées au Centre d'abandon du tabagisme que j'ai choisi. J'autorise le centre à transmettre toute information pertinente à ce professionnel.

X _____
Signature, patient

Date : _____

2. Choix du Centre d'abandon du tabagisme :

Télécopieurs :

CSSS de Beauce, sites :

- Beauce-Centre : 418 774-4452
- Beauce-Sartigan : 418 228-3657

CSSS Alphonse-Desjardins, sites :

- Bellechasse : 418 883-5065
- Chutes-Chaudière et Desjardins : 418 839-4190
- Lotbinière : 418 728-2162
- Nouvelle-Beauce : 418 387-8188

CSSS de Montmagny-L'Islet, sites :

- L'Islet : 418 598-9794
- Montmagny : 418 248-3374

CSSS de la région de Thetford : 418 338-1668

CSSS des Etchemins : 418 625-3109

3. Professionnel de la santé :

Nom du professionnel : _____ Télécopieur : _____

Nom de l'établissement : _____

Infirmière Médecin Pharmacien Autre professionnel : _____

Note : _____

S.V.P., veuillez acheminer la demande par télécopieur au centre choisi par le patient (section 2)

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document peut être téléchargé à partir de l'adresse suivante : <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/sp.htm>

