

INSCRIPTION AU CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME

1. Identification du client :

N° de dossier : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. (rés.) : _____ Tél. (trav.) : _____ DDN : _____

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.

Autorisation de laisser un message à la maison

X _____ Date : _____
Signature du client

2. Choix du Centre d'abandon du tabagisme :

CSSS de Québec-Nord
Télé. : 418 663-2624
Tél. : 418 663-2572



Arrondissements :

- Haute-Saint-Charles
- Charlesbourg
- Beauport
- Côte-de-Beaupré-Île-d'Orléans
- Loretteville
- Sainte-Catherine

CSSS de Charlevoix-Ouest
Télé. : 418 435-5509
Tél. : 418 435-5475, p. 6008



- Baie-Saint-Paul

CSSS de Charlevoix-Est
Télé. : 418 665-7297
Tél. : 418 665-6413



- La Malbaie

CSSS de la Vieille-Capitale
Télé. : 418 648-9201
Tél. : 418 529-2572, p. 4533



Arrondissements :

- Sainte-Foy-Sillery-Cap-Rouge
- La Cité-Limoilou, Les Rivières
- Ville de Saint-Augustin
- Ville de L'Ancienne-Lorette

CSSS de Portneuf
Télé. : 418 285-3708
Tél. : 418 285-2626

3. Professionnel référant :

Nom de l'établissement : _____ Téléc. : _____

Nom du professionnel : _____

Infirmière Médecin Pharmacien Autre professionnel : _____

Note : _____

SVP, veuillez acheminer la demande par télécopieur au centre choisi par le client (voir section 2)

Le genre masculin est utilisé pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.