

Formulaire de référence et de suivi Ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine

Circulation du formulaire :

Du pharmacien au CAT

Du CAT au pharmacien

Centres d'abandon du tabagisme (CAT)

CSSS du Haut-Saint-Maurice

Téléphone : 819-523-4581 poste 2702

Télécopieur : 819-523-6176

CSSS de Maskinongé

Téléphone : 819-228-2731 poste 2318

Télécopieur : 819-228-0425

CSSS de l'Énergie

Téléphone : 819-539-8371

Télécopieur : 819-539-9215

CSSS de Trois-Rivières

Téléphone : 819-370-2200 poste 3191

Télécopieur : 819-370-2362

CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan

Téléphone : 418-365-7555

Télécopieur : 418-362-3130

CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Fortierville

Téléphone : 819-287-4442 poste 250

Télécopieur : 819-287-4605

CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Nicolet

Téléphone : 819-293-2071 poste 2215

Télécopieur : 819-293-6082

CSSS Drummond

Téléphone : 819-474-2572 poste 821

Télécopieur : 819-474-4937

CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Victoriaville

Téléphone : 819-758-7281 poste 3750

Télécopieur : 819-758-5009

CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Plessisville

Téléphone : 819-362-6301 poste 250

Télécopieur : 819-362-1502

Renseignements sur la personne

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Tél. principal : _____ Tél. secondaire : _____

Meilleur moment pour le rejoindre : AM PM Soir

Nom du médecin traitant : _____

Profil tabagique de la personne

Fume depuis combien de temps : _____

Nombre de cigarettes par jour : _____

Importance de cesser de fumer : Très Assez Peu Très peu

Date d'arrêt prévue : _____

1^{re} cig. ≤ 30 min
du réveil

Oui Non

Partie à remplir par le pharmacien

J'ai initié la thérapie de remplacement de la nicotine suivante :

Type _____ Posologie _____ Durée _____

Type _____ Posologie _____ Durée _____

La personne accepte que je transmette ses coordonnées pour un suivi :

CAT Infirmière en pharmacie Autres : Précisez : _____

Signature de l'intervenant Nom (lettres moulées) Date

Nom de la pharmacie Téléphone Télécopieur

Partie à remplir par le CAT

J'ai procédé à une intervention en cessation tabagique auprès de cette personne
et elle désire obtenir une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN).

Veillez vous référer à l'ordonnance collective pour les TRN.

Signature de l'intervenant Nom (lettres moulées) Date