

CONFIDENTIEL**Demande de service par télécopieur**

MANITOBA

SOURCE DE LA DEMANDE DE SERVICE – PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ – OBLIGATOIRE – EN LETTRES MOULÉES, S.V.P.**Spécialité du professionnel de la santé (choisir une réponse) :**☐ Médecin ☐ Infirmière ☐ Dentiste ☐ Pharmacien ☐ Physiothérapeute ☐ Travailleur social☐ Autre : (spécifier) _____**Coordonnées du clinicien traitant**

Prénom _____

Nom de famille _____

(_____) _____

Téléphone

(_____) _____

Télécopieur

Timbre du bureau

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

PRÉNOM _____

NOM DE FAMILLE _____

ADRESSE _____

VILLE _____

Manitoba

PROVINCE

CODE POSTAL _____

DATE DE NAISSANCE (mm/aaaa) _____

(_____) _____

TÉLÉPHONE

☐ Domicile ☐ Cellulaire ☐ Bureau**Langue préférée pour le service**☐ Anglais ☐ Français
☐ Interprète requis (spécifier la langue) : _____**Sexe**☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre : (spécifier) _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE (optionnelle) _____

Le patient/client s'identifie-t-il comme membre des
Premières nations, Inuits, Métis ou Autochtones?☐ Oui ☐ Non*Nous offrons aux clients autochtones des conseils en matière d'abandon du tabac adaptés à leur culture si le client divulgue lui-même cette information.***Téléassistance pour fumeurs téléphone généralement au client dans les 3 jours ouvrables après avoir reçu la demande de service. À quel moment devrions-nous vous appeler?**Veuillez me téléphoner ☐ le matin ☐ l'après-midi ☐ le soir ☐ n'importe quand**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 de demande de service par télécopieur.

SIGNATURE DU PATIENT/CLIENT _____

DATE (mm/jj/aaaa) _____