

CONFIDENTIEL

Demande de service par télécopieur

SASKATCHEWAN

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

(_____) _____

(_____) _____

Téléphone

Télécopieur

Timbre du bureau

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

Saskatchewan

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)