



R E G O O 5 4

Dossier : _____

DDN : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Ressource : _____

**DEMANDE DE SERVICE
CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME**

Guichet d'accès du Centre d'abandon tabagique régional

Téléphone : (418) 541-5057

Télécopieur : (418) 541-5033

Courriel : 02.ciuss.cat@sss.gouv.qc.ca

SOURCE DE LA DEMANDE

Date : _____

Nom du demandeur : _____

Établissement : _____

Service : _____

N° téléphone : _____

N° télécopieur : _____

SITUATION TABAGIQUE OU DE VAPOTAGE

Fume depuis : _____ ans

_____ Fume

_____ Cigarettes/jour

Vapote depuis : _____ ans

_____ Vapote

_____ Cartouches/semaines

Concentration des cartouches ou du liquide utilisé : _____ mg/ml

Autres consommations (pipe, cigare, cannabis) :

Date du dernier essai de cessation : _____

Nombre d'essais antérieurs de
cessation : Seul :
1 2 3 4 5 et +

Avec le soutien d'un professionnel/intervenants :
1 2 3 4 5 et +

ATTESTATION

J'atteste que :

- L'utilisateur consent à ce que les intervenants du CAT laissent des messages sur sa boîte vocale.
- L'utilisateur a déjà fait des tentatives d'arrêt soutenues par la 1^{re} ligne.
- L'utilisateur est motivé à arrêter de fumer/vapoter.
- L'utilisateur consent à cette référence.

Signature du demandeur

Date