Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière
Québec

L N 0 0 8 9

RÉFÉRENCE AU CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME (CAT)

1. Identification de l'usager : **Les champs marqués d'un astérisque sont obligatoires.*

Nom* : _____ Prénom* :_____ Date de naissance* : _____ / ___ / ___
aaaa mm jj

Numéro d'assurance maladie*:_____Adresse courriel :_____
Tél (rés.)* : _____ Tél (autres) : _____

☐ L'usager accepte que la clinique transmette ses coordonnées pour un suivi au CAT*.

2. S.V.P. Veuillez acheminer la demande par télécopieur ou courriel au CAT selon le lieu de résidence.

CLSC	Télécopieur ou Courriel
Terrebonne (Lamater) Repentigny (Meilleur)	☐ 450-471-9695 ☐ cea-cat.sud.cissslan@ssss.gouv.qc.ca
Joliette, St-Esprit, Chertsey et St-Jean-de-Matha Berthier, Lavaltrie et St-Gabriel St-Michel-des-Saints St-Donat Cisss de Lanaudière clinique externe du CAT	☐ 450-759-7209 ☐ cea-cat.nord.cissslan@ssss.gouv.qc.ca

3. Professionnel(le) référant :

Nom de la clinique médicale : _____

Télécopieur : _____

Nom du professionnel(le) :_____

☐ Infirmière ☐ Médecin ☐ Inhalothérapeute ☐ Autre : _____

Date : _____

4. Suivi du CAT

☐ Désire un compte rendu du CAT

Commentaires du CAT _____

Date : _____ Nom du professionnel: _____
(aaaa/mm/jj)