

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

TRAITEMENT DU TABAGISME ET SA DÉPENDANCE

Téléphone : 514 376-3330 #4258 ou #2297

Télécopieur : 514 593-2172

tabacologie@icm-mhi.org

DATE : _____

CRITÈRES DE RÉFÉRENCES:

Fumeur (incluant ex-fumeur <3 mois)

- Fumeur de tabac - nombre cigarettes par jour _____
- Fumeur cannabis
- Vapoteur (cigarette électronique avec nicotine)

RAISONS DE PRISE EN CHARGE RAPIDE (#4258 ou #2297):

* L'infirmier(ère) en traitement du tabagisme ne rencontrera pas l'ensemble des patients qui lui sont référés. Il/elle rencontre en priorité les patients qui présentent une situation de consommation tabagique plus complexe (cocher si présence d'une de ses conditions) :

- Vapotage
- Contre-indication à la Thérapie de Remplacement Nicotinique (TRN)
- Symptômes avec la TRN
- Consommation mixte tabac-cannabis

Commentaires/particularités: _____

Éléments à valider, si possible :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Le patient envisage une cessation tabagique | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • TRN débutée | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Documentation remise | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Transmettre par numérisation : tabacologie@icm-mhi.org ou
par télécopieur : 514 593-2172

Pour plus de détails, sur les différentes étapes de prise en charge du patient identifié fumeur, vous référer à la **trajectoire d'un usager fumeur à ICM**.

George Gabor inf. clinicien
Infirmier spécialisé en traitement du tabagisme
Bureau Z-1720 ÉPIC

Patient en provenance de :

- Unités de soins – chambre : _____
- Urgence
- Cliniques externes
- Clinique spécialisée : _____
- Pré-admission
- Autres : _____