

Date de la demande de consultation (AAAA/MM/JJ):

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT (svp, imprimer ou ajouter l'autocollant du patient ici)		PROVENANCE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION (autocollant/étampe peut s'ajouter ici)	
Prénom: Nom de famille:		Nom du professionnel de la santé:	
Sexe:		Type de consultation (SVP, indiquer seulement une option)	
<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Préfère s'auto-décrire:	<input type="checkbox"/> Médecin	
<input type="checkbox"/> Femme		<input type="checkbox"/> Infirmier (ere)	
<input type="checkbox"/> Non- binaire		<input type="checkbox"/> Dentiste	
<input type="checkbox"/> Préfère ne pas divulguer cette information :		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute	
		<input type="checkbox"/> Pharmacien	
		<input type="checkbox"/> Autre (Préciser)	
Date de naissance (YYYY/MM/DD):		Organisation:	
Numéro de Téléphone Consentement pour laisser un message vocal? ( <input type="checkbox"/> ) Oui ( <input type="checkbox"/> ) Non		Numéro de Telephone	
Autre Numéro de Téléphone Consentement pour laisser un message vocal? ( <input type="checkbox"/> ) Oui ( <input type="checkbox"/> ) Non		Numéro de Fax	

Adresse courriel du patient (Pour recevoir un rappel du prochain rendez- vous par courriel de l'équipe CareCoach):

Adresse :	Ville	<b>Ontario</b>	Code Postale
Unit/Suite/Appartement #			

**SVP, veuillez cochez vos disponibilités pour vous rejoindre?**

*NOTE: L'équipe CareCoaches fera trois essais pour vous rejoindre.*

Lundi-Vendredi	Samedi-Dimanche	Est-ce que vous aurez besoin du service d'interprète? ( <input type="checkbox"/> ) Oui ( <input type="checkbox"/> ) Non	Si oui, SVP veuillez préciser la langue:  _____
10h00 – 12h00 <input type="checkbox"/>	10am – 12h00 <input type="checkbox"/>		
12h00 – 15h00 <input type="checkbox"/>	12h00 – 15h00 <input type="checkbox"/>		
15h00 – 20h00 <input type="checkbox"/>	15h00 – 20h00 <input type="checkbox"/>		
20h00 – 22h00 <input type="checkbox"/>	20h00 – 22h00 <input type="checkbox"/>		

**CONSENTEMENT DU PATIENT A SE FAIRE REFERER**

<input type="checkbox"/>	J'autorise qu'un professionnel de la santé envoi par fax ces informations à Connexion Santé Ontario, au programme d'abandon du tabac. Je comprends que le programme sera en mesure de me rejoindre par téléphone dès qu'ils recevront la demande de consultation pour discuter de mon désir d'arrêter de fumer. Je comprends que c'est un service sans frais.
<input type="checkbox"/>	J'autorise Connexion Santé Ontario au programme d'abandon du tabac à laisser un message vocal sur mon répondeur et envoyer une copie de mon inscription au programme à un professionnel de la santé indique plus haut.

Signature du patient	Date (AAAA/MM/JJ)
----------------------	-------------------

Tout renseignement personnel recueillis sur le formulaire et toutes les interactions entre les participants de Connexion Santé Ontario au programme d'abandon du tabac, ainsi que les représentants du service sont conservés privé et strictement confidentiel. Ces renseignements sont uniquement utilisés afin d'offrir un service au ontariens et évaluer l'efficacité du service.