



# Rompres avec les habitudes

## Boîte à outils du pharmacien pour des conseils en matière d'abandon du tabac

### Formulaire d'inscription et de consentement du patient

Ce formulaire doit être rempli avant la première réunion de consultation. Ce formulaire sera conservé aux fins de documentation et d'évaluation; une copie pourrait être fournie au patient.

#### Renseignements sur le patient

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Veuillez noter : Il est important que le patient fixe une date d'arrêt. Veuillez consulter votre pharmacien pour convenir d'une date ou discuter plus en détail.

#### Déclaration, inscription et consentement

**Déclaration du patient :** Je (le patient) déclare que les services admissibles qui me sont fournis dans le cadre de cette consultation seront utilisés personnellement par moi pour réduire ou arrêter mon usage du tabac.

**Inscription et consentement du patient :** En signant ce formulaire d'inscription, je (le patient) consens à collaborer avec le pharmacien pour arrêter de fumer à la date d'arrêt proposée et je consens à ce que les renseignements sur ma santé soient communiqués à d'autres fournisseurs de soins de santé, au besoin.

**Inscription du pharmacien :** En signant ce formulaire d'inscription, je (le pharmacien) consens à aider le patient à arrêter de fumer, notamment en effectuant des consultations obligatoires avec le patient et des rendez-vous de suivi.

Signature du patient : \_\_\_\_\_

Signature du pharmacien : \_\_\_\_\_

Date de signature : \_\_\_\_\_

Date d'inscription : \_\_\_\_\_

Date d'arrêt prévue : \_\_\_\_\_

#### RÉSERVÉ À L'USAGE DU PHARMACIEN

*[Insérer/Estamper les renseignements sur la pharmacie ici]*

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ N° de permis du pharmacien : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Signature du pharmacien : \_\_\_\_\_

À conserver aux fins de documentation et de vérification, conformément à la loi provinciale.