

Programme d'aide au sevrage tabagique

Ministère de la Santé | Union des Caisses de Maladie

Dernière consultation Feuillet B

Nom et prénom du patient:

Matricule:

Date de la première consultation:

jour

mois

an

Date de la dernière consultation:

jour

mois

an

Le patient est complètement abstinent:

oui non

oui non

Si non, une réduction de la consommation est-elle constatée:

Le cas échéant, exprimez la réduction en %:

%

Si non, quelle est la durée maximale cumulée de l'arrêt au cours des 8 derniers mois:

j

Raison de la rechute:

Le cas échéant, veuillez préciser le traitement médicamenteux:

Substituts nicotiniques

Zyban®

Champix®

Ce document est à envoyer par le patient pour validation en vue du remboursement par l'assurance maladie, avec le mémoire d'honoraires acquitté, à l'adresse ci-dessous:

Code médecin :

Cachet du médecin :

**Direction de la Santé
Programme d'aide au sevrage tabagique
Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg**