Demande d’agrément / de renouvellement d’agrément (à cocher)

« Centre d’Aide aux fumeurs » CAF

A renvoyer par mail à [prevention.tabac@fares.be](mailto:prevention.tabac@fares.be)

1. Identification de l’institution.

Institution :

Adresse complète :

Localisation exacte dans le bâtiment (service): .

Téléphone :

Fax :

Email : ………………………………………………………….…………………………………..…….

Responsable de l’institution :

Titre :

1. Personnes de contact

Personne de référence pour le **Fares et tout professionnel de santé**

Personne contact :

Téléphone :

Jours et heures :

personne(s) de référence pour **les patients**

* **Renseignements sur le CAF et sa méthodologie**

Personne contact :

Téléphone :

Jours et heures :

* **Prises des rendez-vous**

Personne ou service :

Téléphone : .

Jours et heures :

1. Descriptif général des modes d’accompagnement proposés

**Pour rappel, selon la Charte d’Assurance de Qualité des Centres d’Aide aux Fumeurs - CAF :**

***La structure s’engage à :***

Se conformer aux obligations prévues par l’AR du 31 août 2009 relatif à l’accompagnement du sevrage tabagique (temps de consultation, dossier de suivi, remboursement forfaitaire ...) et dresser un rapport comportant les informations de suivi tabacologique à communiquer au médecin renseigné par le patient (Point 5))

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Durée de la consultation (au min. selon AR 31.08.2009) | Individuelle | Couple | Collective | Discipline/Commentaires |
| 1ère consultation |  |  |  |  |  |
| 2ème consultation et suivantes |  |  |  |  |  |

Fréquence des consultations (ex : toutes les semaines, tous les 15 jours, …)

**Pour rappel, selon la Charte d’Assurance de Qualité des Centres d’Aide aux Fumeurs - CAF :**

***La structure s’engage à :***

Constituer une **équipe pluridisciplinaire** **de professionnels de santé** en vue de **proposer une aide au sevrage tabagique à raison d’au moins ½ jour par semaine**. Désigner un responsable médical garant des moyens thérapeutiques utilisés. Celui-ci sera formé en tabacologie ou pourra démontrer une expérience en ce domaine *(Point 1)*

**Médecin responsable du CAF en tant que garant des moyens thérapeutiques utilisés (si celui-ci n’est pas tabacologue, joindre CV attestant une expérience en tabacologie sous peine de non recevabilité)** :

1. Offre de consultations

**Pour rappel, selon la Charte d’Assurance de Qualité des Centres d’Aide aux Fumeurs - CAF :**

***La structure s’engage à :***

* *Assurer la* ***pluridisciplinarité de l’équipe*** *en veillant à y intégrer, au moins, un médecin consultant, assisté d’au moins un professionnel de santé / psychologue formé en tabacologie et pouvoir recourir à d’autres disciplines (infirmier, diététicien, kinésithérapeute, psychiatre, …). (Point 3)*
* ***Favoriser l’interdisciplinarité et l’échange au sein de l’équipe****, dans une perspective d’approche globale de la santé du patient. (Point 4)*
* *Respecter la vocation sociale de la prise en charge des fumeurs en proposant un coût de « consultation de tabacologie »* ***le plus démocratique possible*** *pour qu’il ne constitue pas un obstacle à son accessibilité. Les patients peuvent être référés à d’autres professionnels de santé ou auprès d’un laboratoire auquel cas tout honoraire y afférent doit être facturé indépendamment de la consultation de tabacologie. S’il en marque le souhait, le patient peut avoir la possibilité de ne recourir qu’à la consultation de tabacologie. (Point 6)*

Merci de bien vouloir compléter tous les champs.

S’il y a plus de consultants que d’espace, ajouter un « bloc » ou une feuille reprenant les données demandées

**4**. 1 Consultations obligatoires

Consultation médicale et pharmacologique

**Consultant :**

Diplôme :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année ………… | 🞏Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

**Consultant :**

Diplôme :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année ………… | 🞏Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

Consultation psycho-comportementale

**Consultant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année ………… | 🞏Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

**Consultant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année ………… | 🞏Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

**4**. 2 Consultations optionnelles

Consultation de kiné respiratoire et relaxation

**Consultant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année ………… | 🞏Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

**Consultant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année ………… | 🞏Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

Consultation d’hypnose

**Consultant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année ………… | 🞏Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

Consultation de sophrologie

**Consultant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année ………… | 🞏Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

Consultation de diététique

**Consultant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année ………… | 🞏Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

Autres Discipline(s) (à préciser)

Consultation de :

**Consultant :**

|  |  |
| --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année …………🞏 Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

Consultation de

**Consultant(s) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année …………🞏 Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

Consultation de

**Consultant(s) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année …………🞏 Non |

Jours et heures de consultation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Consultation individuelle | Consultation de couple | Consultation de groupe |
| Application du tiers payant | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Coût hors remboursement mutuelle par patient |  |  |  |

Commentaires éventuels :

1. Examens techniques pouvant être réalisés

**Pour rappel, selon la Charte d’Assurance de Qualité des Centres d’Aide aux Fumeurs - CAF :**

***La structure s’engage à***

*Mettre à disposition de l’équipe, l’infrastructure (local, informatique...), le matériel médical nécessaire à son activité (appareil de mesure du CO) et la possibilité de recourir à des dosages de cotinine (point 2)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Examens** | **Intra-muros** | | **Par sous-traitance – Extra-muros** | Participation du patient après remboursement mutuelle |
|  | **Oui** | **Non** | **Service assurant l'examen** |
| Mesure du CO expiré |  |  |  | …………€ |
| Marqueurs d’imprégnation nicotinique (cotinine) |  |  |  | …………€ |
| Autres : |  |  |  | €  €  €  € |

1. Dossier patient

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dans le cadre de l’accompagnement proposé :** | Oui | Non |
| Tenue d’un registre nominatif |  |  |
| Utilisation d’un dossier standard de l’institution consignant les données, le suivi, les résultats - nom du programme |  |  |
| Utilisation du dossier français de consultation de tabacologie |  |  |
| Courrier de liaison (y inclus suivi) communiqué au médecin traitant (voir modèle FARES ci-joint) |  |  |

1. Evaluation du statut tabagique

**Pour rappel, selon la Charte d’Assurance de Qualité des Centres d’Aide aux Fumeurs - CAF :**

***La structure s’engage à :***

*Mettre en œuvre tous les moyens destinés à évaluer le statut tabagique 6 mois, après la date fixée pour l’arrêt / réduction tabagique, ou à défaut, à celle de la fin du suivi réalisé (au minimum contact par courrier ou appel téléphonique (Point 7)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Mode de recueil | Non |
| Statut tabagique à **6 mois** |  |  |  |
| 12 mois |  |  |  |
| 18 mois |  |  |  |
| Commentaires éventuels : | | | |

1. Activités connexes éventuelles

Gestion du tabagisme en entreprise

Personne contact : ………………………………………………………………Renseignements - tél :

|  |  |
| --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année …………🞏 Non |

Coût demandé : €

Partenariat éventuel :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Propose des conférences | 🞏 Participe au comité pour la prévention et la protection au travail | 🞏 Propose un groupe d’aide à l’arrêt |
| 🞏 Autre : | | |

Commentaires :

Gestion du tabagisme en milieu hospitalier

Personne contact : ………………………………………………………………Renseignements - tél :

|  |  |
| --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année …………🞏 Non |

Coût demandé : €

Partenariat éventuel :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Propose des conférences | 🞏 Participe au comité pour la prévention et la protection au travail | 🞏 Propose un groupe d’aide à l’arrêt |
| 🞏 Autre : | | |

Commentaires :

Gestion du tabagisme en milieu scolaire

Personne contact : ………………………………………………………………Renseignements - tél :

|  |  |
| --- | --- |
| Certifié.e en tabacologie | 🞏Oui, en quelle année …………🞏 Non |

Coût demandé : €

Partenariat éventuel :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Propose des conférences | 🞏 Participe au comité pour la prévention et la protection au travail | 🞏 Propose un groupe d’aide à l’arrêt |
| 🞏 Autre : | | |

Commentaires :

Autre :

Date et signature

du Responsable de l’institution et/ou du Médecin Responsable du CAF

**PS. :** Ne pas oublier de joindre la Charte signée sou peine de non recevabilité du dossier

Les demandes d’agrément sont examinées par le Comité Scientifique Interuniversitaire de Gestion du Tabagisme (CSIGT) qui remet un avis et le soumet au Conseil d’Administration du FARES pour accord. Les agréments sont octroyés pour une période de 2 ans.