

Consultation de tabacologie

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal Ville _____

Téléphone _____ (où vous êtes facilement joignable)

Téléphone portable _____

Vous voulez essayer d'arrêter de fumer

Pour vous accompagner dans cette démarche, le médecin qui va vous recevoir en consultation a besoin de connaître vos habitudes de fumeur. Merci de bien vouloir prendre le temps de répondre aux questions des pages suivantes : elles vous aideront à faire le point et faciliteront le dialogue avec le médecin.

Les informations contenues dans ces questions pourront faire l'objet d'un traitement informatique. Conformément aux articles 26 et 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et Liberté" et à son décret d'application n°78-774 du 17 juillet 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de ces données. Pour l'exercer, adressez-vous à votre centre de consultation de tabacologie.

Date :
jour mois année

1 - Pour le rendez-vous d'aujourd'hui, depuis combien de jours avez-vous pris rendez-vous ? jours

2 - Date de naissance :

3 - Sexe : H ☐ - F ☐

4 - Taille : cm 5 - Poids : kg

Pour les femmes :

6 - Êtes-vous actuellement enceinte ? Oui ☐ - Non ☐

7 - Si oui, à quel trimestre de grossesse êtes-vous ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

8 - Prenez-vous la pilule ? Oui ☐ - Non ☐

9 - Quel est votre objectif en venant en consultation de tabacologie ?

- ☐ Je voudrais arrêter de fumer complètement
- ☐ Je voudrais réduire ma consommation de tabac
- ☐ Je voudrais simplement obtenir des renseignements sur le sevrage tabagique
- ☐ Je viens d'arrêter de fumer : j'ai besoin d'aide pour maintenir l'arrêt.

Le saviez-vous ?

Les résultats obtenus auprès de fumeurs qui ont consulté au moins 3 fois sont : ceux qui ont arrêté du jour au lendemain ont des taux d'arrêt comparables à ceux qui ont réduit progressivement avant l'arrêt complet pendant leur prise en charge en tabacologie.

10 - Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- ☐ Actif
- ☐ Au chômage, bénéficiaire du RSA
- ☐ En formation/Étudiant
- ☐ Retraité
- ☐ Homme ou femme au foyer
- ☐ Invalidité / Allocation adulte handicapé

Fumez-vous à l'intérieur de votre habitation ? Oui ☐ - Non ☐

Y a-t-il d'autres fumeurs que vous dans votre foyer ? Oui ☐ - Non ☐

11 - Quel est votre niveau d'études ?

- ☐ Sans diplôme
- ☐ Niveau secondaire (lycée)
- ☐ Bac +2
- ☐ C.A.P., B.E.P.
- ☐ Baccalauréat
- ☐ Au-delà de Bac +2

Qui vous a conseillé de venir à cette consultation ? (Choisissez une seule réponse)

- ☐ Hospitalisation (avant, pendant, après, médecin hospitalier)
- ☐ Médecin du travail
- ☐ Demande de l'entourage
- ☐ Pharmacien
- ☐ Médecin traitant
- ☐ "Tabac info service"
- ☐ Médecin spécialiste
- ☐ Aucune de ces personnes/institutions, c'est une démarche personnelle

Maladies et traitements

Si vous avez des doutes concernant les réponses aux questions suivantes, n'hésitez pas à en parler à l'infirmier ou au médecin.

12 - Avez-vous un ou plusieurs des facteurs de risque cardiovasculaire suivants ?

- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Diabète
- ☐ Excès de cholestérol

- 13 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires suivantes ?
- ☐ Infarctus du myocarde
 - ☐ Angine de poitrine (angor)
 - ☐ Accident vasculaire cérébral
 - ☐ Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (artérite)
- 14 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes ?
- ☐ Bronchite chronique (*toux le matin au moins 3 mois par an depuis 2 ans*)
 - ☐ Bronchopathie chronique obstructive
 - ☐ Asthme
- 15 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour un ou plusieurs des cancers suivants ?
- ☐ Poumon
 - ☐ Vessie
 - ☐ Gorge (ORL)
 - ☐ Un autre cancer (précisez) _____
- 16 - Prenez-vous assez régulièrement un ou plusieurs des médicaments suivants ?
- ☐ Tranquillisants
 - ☐ Somnifères
 - ☐ Antidépresseurs
 - ☐ Neuroleptiques
 - ☐ Régulateurs de l'humeur
 - ☐ Traitements de substitution (subutex / méthadone)
- 17 - Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt partiel ou total de l'activité ? Oui ☐ - Non ☐
- Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé que vous souhaitez nous signaler ?
- _____
- _____
- _____

Bilan tabagique

- 18 - Avez-vous réduit votre consommation de cigarettes au cours du mois précédant cette consultation d'aide à l'arrêt ? Oui ☐ - Non ☐
- 19 - **Vous ne fumez pas actuellement**
Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? en jours _____ en mois _____
- 20 - Combien de cigarettes fumiez-vous par jour avant cet arrêt ? _____
- 21 - **Vous fumez encore actuellement**
Fumez-vous tous les jours ? Oui ☐ - Non ☐
- 22 - Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :
Cigarettes manufacturées achetées en paquet ? ____ Cigarettes roulées ? ____ Cigarillos ? ____
- 23 - Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants (*cochez les cases correspondantes*) :
- ☐ Cigare
 - ☐ Pipe
 - ☐ Tabac à mâcher
 - ☐ Snus
 - ☐ Narguilé / Chicha
 - ☐ Ploom
- Autres produits, précisez _____
- 24 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui ☐ - Non ☐

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

- 25 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? _____
- 26 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui ☐ - Non ☐
- 27 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ? _____

Degré de dépendance au tabac (Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse)

28 - Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes	3
6 - 30 minutes	2
31 - 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

29 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? (1 cigarillo = 2 cigarettes)

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

30 - Faites le total de vos réponses :

Total :

Histoire avec le tabac

31 - À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à ans

Pour les personnes qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer au moins 7 jours dans le passé

32 - Combien de fois avez-vous déjà arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ?

De quelle manière avez-vous arrêté de fumer pendant cette semaine d'arrêt ?

33 - Lorsque vous avez arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours, avez-vous pris du poids ? Oui ☐ - Non ☐

34 - Si oui, combien de kilos ?

Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ?

Quelle est la date de votre dernière tentative ?

Quels troubles avez-vous ressentis à l'arrêt du tabac ?

- | | |
|---|---|
| ☐ Aucun | ☐ Difficultés de concentration |
| ☐ Pulsions à fumer | ☐ Troubles du sommeil |
| ☐ Irritabilité, colère | ☐ Augmentation de l'appétit |
| ☐ Agitation, nervosité | ☐ Autres |
| ☐ Anxiété | Lesquels ? |
| ☐ Tendance dépressive | |

Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir recommencé à fumer ? (par ordre d'importance)

1 -	3 -
.....	
.....	
.....	
2 -	4 -
.....	
.....	
.....	

Pourquoi fumez-vous ?

Évaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer. Lisez chaque proposition et entourez le chiffre qui correspond à votre réponse : 0 signifie "Jamais" et 10 signifie "Toujours".

35 - Je fume... :	Jamais										Toujours
- parce que c'est un geste automatique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- par convivialité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour le plaisir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour combattre le stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour mieux me concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour me soutenir le moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour ne pas grossir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quel est votre degré de motivation ?

36 - Parmi les phrases ci-dessous, laquelle vous décrit le mieux ?

1 « je ne veux pas arrêter de fumer »

2 « je pense que je devrais arrêter de fumer, mais je ne le souhaite pas vraiment »

3 « je veux arrêter de fumer, mais je n'ai pas réfléchi au moment où je le ferai »

4 « je veux réellement arrêter de fumer, mais je ne sais pas quand je le ferai »

5 « je veux arrêter de fumer et souhaite le faire bientôt »

6 « je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire au cours du trimestre à venir »

7 « je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire dans le mois qui vient »

37 - Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation : (0 signifie : "Aucune confiance" et 10 signifie "Totale confiance").

aucune confiance

totale confiance

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

38 - Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?

« J'aimerais bien arrêter de fumer parce que je voudrais... » _____

39 - Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

« En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de... » _____

Vos habitudes de vie

40 - Indiquez à quel point vous craignez de prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

pas du tout extrêmement
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

41 - Indiquez à quel point vous avez confiance en vous pour ne pas prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

je n'ai aucune confiance en moi j'ai totalement confiance en moi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre consommation d'alcool

Ce questionnaire concerne votre consommation d'alcool de l'année écoulée et pas seulement celle des dernières semaines. Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais _____ 0
- 1 fois par mois _____ 1
- 2 à 4 fois par mois _____ 2
- 2 à 3 fois par semaine _____ 3
- 4 fois ou plus par semaine _____ 4

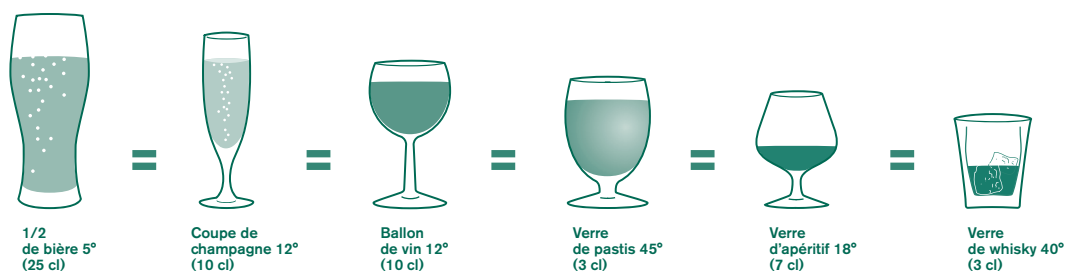
Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 _____ 0
- 3 ou 4 _____ 1
- 5 ou 6 _____ 2
- 7 à 9 _____ 3
- 10 ou plus _____ 4

Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?

- jamais _____ 0
- moins de 1 fois par mois _____ 1
- 1 fois par mois _____ 2
- 1 fois par semaine _____ 3
- chaque jour ou presque _____ 4

42 - Faites le total de vos réponses _____



Consommation de cannabis

43 - Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ? Oui ☐ - Non ☐

44 - Si oui, combien de fois en avez-vous fumé au cours des 30 derniers jours ?

- ☐ aucune fois ☐ 1 ou 2 fois ☐ entre 3 et 5 fois ☐ entre 6 et 9 fois
☐ entre 10 et 19 fois ☐ entre 20 et 29 fois ☐ tous les jours

A quel âge avez-vous commencé ? _____

Si vous consommez d'autres produits ou substances, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

Comment vous sentez-vous ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie professionnelle ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie familiale ?

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez.

Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours.

Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

- | | |
|--|---|
| <p>1 Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0 | <p>9 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3 |
| <p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3 | <p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0 |
| <p>3 J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0 | <p>11 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0 |
| <p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3 | <p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3 |
| <p>5 Je me fais du souci :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0 | <p>13 J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0 |
| <p>6. Je suis de bonne humeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0 | <p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3 |
| <p>7 Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3 | |
| <p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0 | |

45 - Additionnez les points des réponses **1, 3, 5, 7, 9, 11, 13** : Total A =

46 - Additionnez les points des réponses **2, 4, 6, 8, 10, 12, 14** : Total D =

La place du tabac dans votre budget

La dépendance tabagique conduit à accorder une place importante au tabac dans votre budget. Les questions suivantes ont pour objectifs de vous aider à faire le point sur ce que vous dépensez pour le tabac et d'envisager les économies réalisées en arrêtant de fumer. Les questions 49 à 59 vous permettent d'examiner votre situation actuelle et d'imaginer comment elle pourrait s'améliorer avec l'arrêt du tabac.

47 - Quelle somme d'argent consacrez-vous au tabac chaque semaine ? _____

48 - Dans quelle tranche se situe la somme totale de vos revenus mensuels nets (y compris les aides sociales) ?

- ☐ Moins de 1000 € ☐ Entre 1001 et 2000 € ☐ Entre 2001 et 3000 €
☐ entre 3001 et 4000 € ☐ plus de 4000 €

Pensez-y

Les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiniques (patchs, gommes, pastilles, inhalateurs...). Cette ordonnance permet leur prise en charge par l'Assurance Maladie :

- Certains substituts sont remboursables comme les autres médicaments. Cette prise en charge permet d'éviter l'avance des frais chez le pharmacien, et garantit le même tarif dans toutes les pharmacies.
- Vous bénéficiez jusqu'au 31 décembre 2018 d'un forfait de 150 € pour les autres substituts nicotiniques non remboursables. Dans ce cas, il faut faire l'avance des frais en pharmacie.

49 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? Oui ☐ - Non ☐

50 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? Oui ☐ - Non ☐

51 - Vivez-vous en couple ? Oui ☐ - Non ☐

52 - Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui ☐ - Non ☐

53 - Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? Oui ☐ - Non ☐

54 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? Oui ☐ - Non ☐

55 - Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ? Oui ☐ - Non ☐

56 - Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ? Oui ☐ - Non ☐

57 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? Oui ☐ - Non ☐

En cas de difficultés, y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous pouvez compter

58 - pour vous héberger quelques jours ? Oui ☐ - Non ☐

59 - pour vous apporter une aide matérielle ? Oui ☐ - Non ☐

Les questions 49 à 59 font partie du questionnaire EPICES, mis au point dans les centres d'examen de santé afin d'évaluer votre situation sociale.

Les renseignements recueillis dans ce document seront traités ultérieurement de manière anonyme par l'équipe CDTnet, dans le cadre d'un recueil national. L'équipe CDTnet a pour objectif d'améliorer la prise en charge de toute personne souhaitant arrêter de fumer.
www.cdtnet.fr

Dans quelques mois, vous êtes susceptible de recevoir une lettre, un mail ou un appel téléphonique afin de savoir si vous êtes encore fumeur ou non. Ces informations sont importantes car il s'agit pour nous d'apprécier l'aide qui a pu vous être apportée.

Merci d'avance de répondre à cette lettre ou cet appel téléphonique.

Si vous préférez être contacté à ce sujet par mail, merci de nous indiquer votre adresse e-mail :

_____ @ _____

Si vous ne souhaitez pas être recontacté à ce sujet, cochez la case suivante ☐

Bilan lors de la consultation initiale

Date :
 jour mois année

60 - Consommation moyenne quotidienne de tabac : _____

61 - CO expiré : ppm

62 - Nombre de cigarettes depuis le lever :

63 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

64 - **Observations :**

Conclusions :

65 - Une date d'arrêt a-t-elle été fixée avec le fumeur ? Oui ☐ - Non ☐

66 - Démarche de réduction de consommation

- ☐ Sans traitement dans un premier temps
- ☐ Avec un traitement prescrit (détail ci-dessous)

67 - Traitement prescrit

- Traitement de substitution nicotinique : Oui ☐ - Non ☐
lequel : ☐ Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____
☐ Gommes 2 mg 4 mg ☐ Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg
☐ Spray buccal ☐ Inhalateurs ☐ Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)
- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :
☐ Bupropion (Zyban®) ☐ Varenicline (Champix®)
- Techniques comportementales : Oui ☐ - Non ☐
- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui ☐ - Non ☐
- Prise en charge diététique : Oui ☐ - Non ☐
- Autre : _____

Date :

--	--

--	--

--	--

 jour mois année

Consultation de suivi N° 1

68 - Patient en arrêt : Oui ☐ - Non ☐

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : _____

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui ☐ - Non ☐

69 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : _____

70 - CO expiré :

--	--

 ppm

71 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

72 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui ☐ - Non ☐

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

73 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? _____

74 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui ☐ - Non ☐

75 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

76 - Utilisez-vous la cigarette électronique
plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui ☐ - Non ☐

77 - Observations :

78 - Traitement prescrit :

- Traitement de substitution nicotinique : Oui ☐ - Non ☐

lequel : ☐ Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

☐ Gomme 2 mg 4 mg ☐ Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

☐ Spray buccal ☐ Inhalateurs ☐ Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

☐ Bupropion (Zyban®)

☐ Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui ☐ - Non ☐

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui ☐ - Non ☐

- Prise en charge diététique : Oui ☐ - Non ☐

- Autre : _____

Date :
jour mois année

Consultation de suivi N° 2

79 - Patient en arrêt : Oui ☐ - Non ☐

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : _____

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui ☐ - Non ☐

80 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : _____

81 - CO expiré : ppm

82 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

83 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui ☐ - Non ☐

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

84 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? _____

85 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui ☐ - Non ☐

86 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

87 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui ☐ - Non ☐

88 - Observations :

89 - Traitement prescrit :

- Traitement de substitution nicotinique : Oui ☐ - Non ☐

lequel : ☐ Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

☐ Gommes 2 mg 4 mg ☐ Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

☐ Spray buccal ☐ Inhalateurs ☐ Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

☐ Bupropion (Zyban®)

☐ Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui ☐ - Non ☐

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui ☐ - Non ☐

- Prise en charge diététique : Oui ☐ - Non ☐

- Autre : _____

Date :
jour mois année

Consultation de suivi N° 3

90 - Patient en arrêt : Oui ☐ - Non ☐

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : _____

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui ☐ - Non ☐

91 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : _____

92 - CO expiré : ppm

93 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

94 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui ☐ - Non ☐

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

95 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? _____

96 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui ☐ - Non ☐

97 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

98 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui ☐ - Non ☐

99 - Observations :

100 - Traitement prescrit :

- Traitement de substitution nicotinique : Oui ☐ - Non ☐

lequel : ☐ Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

☐ Gommes 2 mg 4 mg ☐ Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

☐ Spray buccal ☐ Inhalateurs ☐ Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

☐ Bupropion (Zyban®)

☐ Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui ☐ - Non ☐

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui ☐ - Non ☐

- Prise en charge diététique : Oui ☐ - Non ☐

- Autre : _____