



**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.

Vous pouvez obtenir plus d'informations sur l'efficacité des consultations de tabacologie en allant sur le site internet de l'équipe de recherche CDTnet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr>

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 :        
**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. Plus d'informations sur le site <https://cdtnet.spim.jussieu.fr>

**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**

- Infarctus du myocarde       Accident vasculaire cérébral  
 Angine de poitrine (angor)       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  Narguillé/Chicha  Ploom

**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 ? \_\_\_\_\_

Nous vous invitons à partager votre expérience de « vapotage » sur le site internet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

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

**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 ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun                | <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration |
| <input type="checkbox"/> Pulsions à fumer     | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil          |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité, colère | <input type="checkbox"/> Augmentation de l'appétit    |
| <input type="checkbox"/> Agitation, nervosité | <input type="checkbox"/> Autres                       |
| <input type="checkbox"/> Anxiété              | Lesquels _____  |
| <input type="checkbox"/> Tendance dépressive  | _____   |

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

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ 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 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

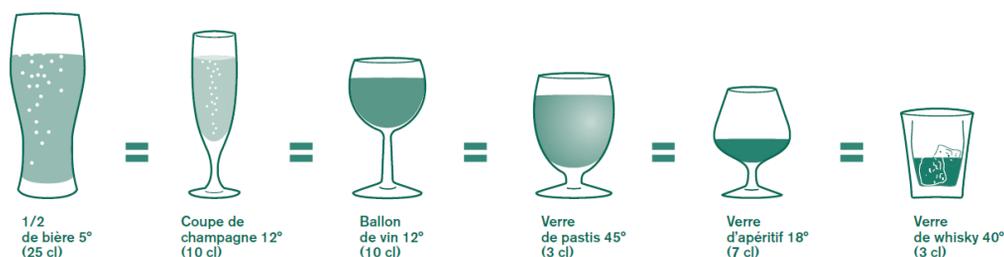
**Combien de verre standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**

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 \_\_\_\_\_



## Vos habitudes de vie

### 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 ? (1/2)

**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.

**1 Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :**

La plus part du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

**2 Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**

Oui, tout autant	0
Pas autant	1
Un peu seulement	2
Presque plus	3

**3 J'ai une sensation de peur un peu comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :**

Oui, très nettement	3
Oui mais ce n'est pas trop grave	2
Un peu, mais cela m'inquiète pas	1
Pas du tout	0

**4 Je ris facilement et vois le bon côté des choses :**

Autant que par le passé	0
Plus autant qu'avant	1
Vraiment moins qu'avant	2
Plus du tout	3

**5 Je me fais du soucis :**

Très souvent	3
Assez souvent	2
Occasionnellement	1
Très occasionnellement	0

**6 Je suis de bonne humeur :**

Jamais	3
Rarement	2
Assez souvent	1
La plupart du temps	0

**7 Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :**

Oui, quoi qu'il arrive	0
Oui, en général	1
Rarement	2
Jamais	3

**8 J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**

Presque toujours	3
Très souvent	2
Parfois	1
Jamais	0

## Comment vous sentez-vous ? (2/2)

### 9 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

Jamais	0
Parfois	1
Assez souvent	2
Très souvent	3

### 10 Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

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

### 11 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

Oui, c'est tout à fait le cas	3
Un peu	2
Pas tellement	1
Pas du tout	0

### 12 Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

Autant qu'avant	0
Un peu moins qu'avant	1
Bien moins qu'avant	2
Presque jamais	3

### 13 J'éprouve des sensations soudaines de panique :

Vraiment très souvent	3
Assez souvent	2
Pas très souvent	1
Jamais	0

### 14 Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

Souvent	0
Parfois	1
Rarement	2
Très rarement	3

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** L'Assurance Maladie vous accompagne dans l'arrêt du tabac. Elle prend en charge, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiniques à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes, les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer, ce montant est de 150 €.

**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 ces 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 autre que vos parents ou 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'exams 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. <https://cdtnet.spim.jussieu.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

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

## Bilan lors de la consultation initiale

Date :          
jour mois année

**60** Consommation moyenne 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 16h ou 24h \_\_\_\_\_

Gommages 2mg 4mg  Comprimé à sucer 1mg 1,5mg 2mg 2,5mg 4mg

Spray buccal  Inhalateurs  Comprimés sublinguaux (microtab 2mg)

-Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®)  Varanicline (Champix®)

-Techniques comportementales :  Oui  Non

-Orientation vers un psychologue ou un psychiatre :  Oui  Non

-Prise en charge diététique :  Oui  Non

-Autre : \_\_\_\_\_

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :         
jour mois année

### Consultation de suivi N°1

**68** Patient en arrêt :  Oui  Non

Si oui : nombre de jour 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

Merci d'inviter votre patient à partager son expérience de « vapotage » sur le site internet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

**77** Observations :

**78** Traitement prescrit :

-Traitement de substitution nicotinique :  Oui  Non

lequel :  Dispositif transdermique ou patch : dose par 16h ou 24h \_\_\_\_\_

Gommes 2mg 4mg  Comprimé à sucer 1mg 1,5mg 2mg 2,5mg 4mg

Spray buccal  Inhalateurs  Comprimés sublinguaux (microtab 2mg)

-Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®)  Varanicline (Champix®)

-Techniques comportementales :  Oui  Non

-Orientation vers un psychologue ou un psychiatre :  Oui  Non

-Prise en charge diététique :  Oui  Non

-Autre : \_\_\_\_\_

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :        
jour mois année

## Consultation de suivi N°2

**79** Patient en arrêt :  Oui  Non

Si oui : nombre de jour 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

Merci d'inviter votre patient à partager son expérience de « vapotage » sur le site internet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

**88** Observations :

**89** Traitement prescrit :

-Traitement de substitution nicotinique :  Oui  Non

lequel :  Dispositif transdermique ou patch : dose par 16h ou 24h \_\_\_\_\_

Gommes 2mg 4mg  Comprimé à sucer 1mg 1,5mg 2mg 2,5mg 4mg

Spray buccal  Inhalateurs  Comprimés sublinguaux (microtab 2mg)

-Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®)  Varanicline (Champix®)

-Techniques comportementales :  Oui  Non

-Orientation vers un psychologue ou un psychiatre :  Oui  Non

-Prise en charge diététique :  Oui  Non

-Autre : \_\_\_\_\_

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :         
jour mois année

### Consultation de suivi N°3

**90** Patient en arrêt :  Oui  Non

Si oui : nombre de jour 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

Merci d'inviter votre patient à partager son expérience de « vapotage » sur le site internet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

**99** Observations :

**100** Traitement prescrit :

-Traitement de substitution nicotinique :  Oui  Non

lequel :  Dispositif transdermique ou patch : dose par 16h ou 24h \_\_\_\_\_

Gommes 2mg 4mg  Comprimé à sucer 1mg 1,5mg 2mg 2,5mg 4mg

Spray buccal  Inhalateurs  Comprimés sublinguaux (microtab 2mg)

-Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®)  Varanicline (Champix®)

-Techniques comportementales :  Oui  Non

-Orientation vers un psychologue ou un psychiatre :  Oui  Non

-Prise en charge diététique :  Oui  Non

-Autre : \_\_\_\_\_