

# 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.

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 :     
                          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. 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 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 ?

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 .....	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 ?

- |   |   |
|---|---|
| <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 - \_\_\_\_\_ 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

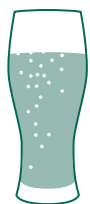
Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 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 \_\_\_\_\_



1/2  
de bière 5°  
(25 cl)

=



Coupe de  
champagne 12°  
(10 cl)

=



Ballon  
de vin 12°  
(10 cl)

=



Verre  
de pastis 45°  
(3 cl)

=



Verre  
d'apéritif 18°  
(7 cl)

=



Verre  
de whisky 40°  
(3 cl)

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

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 nicotiques 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 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'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



## 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

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 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° 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

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 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

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 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 : \_\_\_\_\_