

Centre : \_\_\_\_\_

N° Centre : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

# Consultation de tabacologie

1. Nom : \_\_\_\_\_

2. Prénom : \_\_\_\_\_

## **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 remplir les questions des pages suivantes : elles vous aideront à faire le point et faciliteront le dialogue avec le médecin.

Dossier validé par la Société française de tabacologie

Les informations contenues dans les questions 1 à 40 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.





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

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

**Si hospitalisation, quel service ?** \_\_\_\_\_

**Nom du médecin traitant** \_\_\_\_\_

## 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.

**Avez-vous l'un des facteurs de risque cardiovasculaire suivants ?**

- Hypertension :      Oui  - Non   
- Diabète :      Oui  - Non   
- Excès de cholestérol :      Oui  - Non

**14 - Êtes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires ci-dessous ?**

- Un infarctus du myocarde, angine de poitrine :      Oui  - Non   
- Un accident vasculaire cérébral :      Oui  - Non   
- Une artérite des membres inférieurs :      Oui  - Non

**15 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes ?**

- Un cancer du poumon, de la gorge, du larynx :      Oui  - Non   
- Une bronchite chronique :      Oui  - Non   
- De l'asthme :      Oui  - Non

**16 - Prenez-vous assez régulièrement les médicaments suivants ?**

- Des tranquillisants :      Oui  - Non   
- Des antidépresseurs :      Oui  - Non   
- Un traitement de substitution (subutex - méthadone) :      Oui  - Non

**17 - Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour ?**

- Une dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt total ou partiel de l'activité :      Oui  - Non

**Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé ?**

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

## Bilan tabagique

18 - Fumez-vous tous les jours ? Oui  - Non

19 - Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :

Cigarettes manufacturées achetées en paquet ? \_\_\_\_

Cigarettes roulées ? \_\_\_\_

20 - Fumez-vous ou consommez vous les produits suivants :  
(cochez les cases correspondantes)

Cigarillos     Cigare     Pipe

Tabac à mâcher     Snus

Narguilé / Chicha

21 - Combien de fois avez-vous arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ? \_\_\_\_\_

Degré de dépendance au tabac (test de Fagerström)

*Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.*

22 • 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

• Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex : cinémas, bibliothèques)	Oui	1
	Non	0

• À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	À la première de la journée	1
	À une autre	0

23 • Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3

• Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	Oui	1
	Non	0

• Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0

24 - Faites le total de vos réponses :

Total : \_\_\_\_\_

25 - À remplir si vous avez moins de 18 ans

- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ? Oui  - Non
- Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ? Oui  - Non
- Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ? Oui  - Non
- Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ? Oui  - Non
- Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment eu besoin d'une cigarette ? Oui  - Non
- Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit comme par exemple à l'école ? Oui  - Non

Quand vous essayez d'arrêter - ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps...

- Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui  - Non
- Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui  - Non
- Avez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ? Oui  - Non
- Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui  - Non
- Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui  - Non

Additionnez vos réponses  
(1 point par réponse « Oui ») :

Total : \_\_\_\_\_

### Vos habitudes de vie

26 - 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

27 - Indiquez quel est votre niveau de 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

28 - Quelle est votre activité physique par semaine (en moyenne durant l'année écoulée) ?

- aucune                       moins de 30 min                       entre 30 min et 1 heure  
 de 1 à 2 heures                       de 2 à 4 heures                       plus de 4 heures

Combien de tasses de café buvez-vous par jour ? \_\_\_\_\_

Combien de repas prenez-vous par jour ? \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?                      Oui  - Non

Si oui, à quelles occasions ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29 - Combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour ? \_\_\_\_\_  
(1 verre de vin = 1 apéritif = 1 demi de bière).

30 - Merci de répondre spontanément aux questions suivantes (cochez la réponse) :

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?                      Oui  - Non

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?                      Oui  - Non

Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?                      Oui  - Non

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?                      Oui  - Non

Additionnez vos réponses (1 point par réponse « Oui ») :                      Total : \_\_\_\_\_

### Consommation de cannabis

31 - Avez-vous fumé du cannabis au cours des **12 derniers mois** ?                      Oui  - Non

32 - Si oui, combien de fois en avez-vous fumé au cours des **trente 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 ?

Évaluez par une note de 0 à 10 comment vous vous sentez moralement (0 indique "Je ne me sens pas bien du tout" et 10 signifie "Je me sens parfaitement bien"). Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse.

je ne me sens pas bien du tout

je me sens parfaitement bien

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**33 - 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 plupart 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 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 ne 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 souci :

- 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
- 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

Additionnez les points des réponses 7, 9, 11, 13 : Total A = \_\_\_\_\_

Additionnez les points des réponses 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = \_\_\_\_\_

## Quelle est votre histoire avec le tabac ?

34 - À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? à   ans

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

Quel budget hebdomadaire consacrez-vous au tabac ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? Oui  - Non

De quelle manière ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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  | .....   |

Avez-vous pris du poids en arrêtant de fumer ? Oui  - Non

Si oui, combien de kilos ? \_\_\_\_\_

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".

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 - À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation :

(0 signifie : "Pas important du tout" et 10 signifie "Extrêmement important").

*pas important du tout*

*extrêmement important*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

## Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?

J'aimerais bien arrêter de fumer parce que je voudrais

---

---

---

---

---

---

## Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de

---

---

---

---

---

---

Les renseignements recueillis à l'aide de ce document seront traités ultérieurement de manière anonyme par un comité de spécialistes présidé par le ministère de la Santé, dans le cadre d'une étude nationale. Cette étude a pour objectif d'améliorer la prise en charge de toute personne souhaitant arrêter de fumer.

Pour cette étude, merci d'indiquer, si vous l'acceptez, dans quelle tranche se situe la somme totale des revenus nets par mois de toutes les personnes vivant avec vous, y compris les revenus tels que : allocations, rentes, revenus immobiliers, etc. ?

- Moins de 1 500 € (10 000 F)     De 1 500 à 3 000 € (20 000 F)  
 Plus de 3 000 €

Dans quelques mois, vous êtes susceptible de recevoir une lettre à votre domicile afin de savoir si vous êtes encore fumeur ou non (arrêt total, consommation résiduelle, retour à 50 % ou plus de votre consommation initiale). Il s'agit pour nous d'apprécier l'aide qui a pu vous être apportée et, le cas échéant, de vous encourager à reprendre contact si vous vous sentez motivé(e).

Merci d'avance de répondre à notre lettre.

Si vous ne souhaitez pas recevoir ce courrier, cochez la case suivante

## Bilan lors de la consultation initiale

Consommation moyenne quotidienne de tabac : \_\_\_\_\_

Nombre de cigarettes depuis le lever :

38 - CO expiré :  ppm

39 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

Poids :  kg

Taille :  cm

Périmètre abdominal :  cm

Pouls :

TA :

maxima minima

Test de Fagerström :  /10

Test HAD : A =  /21 D =  /21

Cotinine urinaire :  ng/ml Cotinine/Créatinine :  mg/g

**Observations :**

**Conclusions :**

Jour prévu pour l'arrêt : \_\_\_\_\_

Démarche de réduction avec substitution nicotinique : Oui  - Non

**40 - Traitement**

- Traitement de substitution nicotinique : Oui  - Non

lequel :  Dispositif transdermique - dose / 24 heures : \_\_\_\_\_

Gommes à mâcher

Comprimés à sucer

Comprimés sub-linguaux

Inhalateur

- Autre traitement pharmacologique d'aide  
au sevrage tabagique :

Oui  - Non

Lequel :  Bupropion (Zyban®)

Varenicline (Champix®)

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

- Traitement psychotrope prescrit lors de la consultation ou pris habituellement par le patient

Antidépresseurs : Oui  - Non

Anxiolytiques : Oui  - Non

Hypnotiques : Oui  - Non

Thymorégulateurs : Oui  - Non

Neuroleptiques : Oui  - Non

- Thérapie comportementale : Oui  - Non

- Consultation psychologique : Oui  - Non

- Consultation diététique : Oui  - Non

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

Date :          
                  jour          mois          année

### Consultation de suivi N° 1

Patient en arrêt : Oui  - Non

Nombre de jours d'arrêt total : \_\_\_\_\_

Réduction de consommation : Oui  - Non

Consommation moyenne quotidienne de tabac : \_\_\_\_\_

CO expiré :   ppm

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

---

Poids :   kg

Nombre de verres d'alcool/ jours : \_\_\_\_\_

Nombre de café/ jours : \_\_\_\_\_

Test HAD : A =   /21    D =   /21

#### Traitement :

- Consultation psychologique :      Oui  - Non

- Consultation diététique :            Oui  - Non

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

**Résumé / Observations :**

Date :          
                  jour          mois          année

## Consultation de suivi N° 2

Patient en arrêt : Oui  - Non

Nombre de jours d'arrêt total : \_\_\_\_\_

Réduction de consommation : Oui  - Non

Consommation moyenne quotidienne de tabac : \_\_\_\_\_

CO expiré :   ppm

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

---

Poids :   kg

Nombre de verres d'alcool/ jours : \_\_\_\_\_

Nombre de café/ jours : \_\_\_\_\_

Test HAD : A =   /21    D =   /21

### Traitement :

- Consultation psychologique :      Oui  - Non

- Consultation diététique :            Oui  - Non

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

**Résumé / Observations :**

Date :          
                  jour          mois          année

### Consultation de suivi N° 3

Patient en arrêt : Oui  - Non

Nombre de jours d'arrêt total : \_\_\_\_\_

Réduction de consommation : Oui  - Non

Consommation moyenne quotidienne de tabac : \_\_\_\_\_

CO expiré :   ppm

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

---

Poids :   kg

Nombre de verres d'alcool/ jours : \_\_\_\_\_

Nombre de café/ jours : \_\_\_\_\_

Test HAD : A =   /21    D =   /21

#### Traitement :

- Consultation psychologique : Oui  - Non

- Consultation diététique : Oui  - Non

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

**Résumé / Observations :**

