

SUMPPS

Maison des services
110 bd Michelet
BP 32238
44322 Nantes cedex 3
Tél. 02 40 37 10 50



UNIVERSITÉ DE NANTES

Consultation de Tabacologie

NANTES, le

Merci de compléter ce dossier jusqu'à
la page 9 et de le rapporter lors de
votre prochain rendez-vous

1 - NOM : _____

2 - PRENOM : _____

Vous voulez essayer d'arrêter de fumer.

Pour vous accompagner dans cette démarche, nous avons 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 les intervenants.

Les informations contenues dans les questions 1 à 29 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.



l'Assurance Maladie
sécurité sociale
caisse primaire de Nantes



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ
DÉPARTEMENT DE NANTES
ET DES PAYSANDES

Date : _____

3 - Adresse : _____

4 - Code Postal : _____

5 - Ville : _____

6 - N° Téléphone : / / / / / / /

N° Téléphone portable : / / / / / / /

7 - Date de naissance : / / / / /

8 - Sexe : H - F

11 - Taille : _____ cm

12 - Poids : _____ kg

Pour les femmes :

9 - Etes-vous actuellement enceinte ?

Oui - Non

10 - Prenez-vous la pilule ?

Oui - Non

Pour les questions suivantes, merci d'inscrire le chiffre correspondant à votre réponse

13 - Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? _____

Actif = 1 ; Retraité = 2 ; Au chômage, bénéficiaire du RMI = 3 ; Sans activité = 4 ; En formation = 5
Etudiant = 6 ; autres = 7

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

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

14 - Quel est votre niveau d'études ? _____

Sans diplôme = 1 ; C.A.P. B.E.P. = 2 ; Niveau secondaire (lycée) = 3 ; Baccalauréat = 4 ; bac+2 = 5 ;
au-delà de bac+2 = 6 ; Autres = 7

15 - Comment avez-vous connu cette consultation ? _____

Démarche personnelle = 1 ; Médecin hospitalier = 2 ; Médecin libéral = 3 ; Médecin du travail = 4 ;
Pharmacien = 5 ; Autres = 6

BILAN DE DEPENDANCE TABAGIQUE

20 - Combien de cigarettes fumez-vous actuellement chaque jour ? _____
 Donnez le nombre moyen de cigarettes (1 cigarillo équivaut à 2 cigarettes)

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

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? à _____ ans

A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à _____ ans

22- Degré de dépendance au tabac (test de Fagerström) :

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

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| • Le matin, combien de temps après être réveillé(e), avez-vous envie de 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 (+ de 4 heures) dans les endroits où c'est interdit (cinémas, bibliothèques...) | Oui | 1 |
| | Non | 0 |
| • A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ? | A la première de la journée | 1 |
| | A une autre | 0 |
| • 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 |

Faites le total de vos réponses :

Total : _____

QUELLE EST VOTRE HISTOIRE AVEC LE TABAC ?

Quel budget 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 ?

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	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?	
Tendance dépressive	<input type="checkbox"/>	

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

Si oui, combien de kilos ? _____

Pour quelles raisons pensez-vous avoir recommencé à fumer ? (par ordre d'importance)

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

MALADIES ET TRAITEMENTS

16 - Etes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires ci-dessous ?

- Un infarctus du myocarde, angine de poitrine :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
- Un accident vasculaire cérébral :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
- Une artérite des membres inférieurs :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>

17 - Etes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes ?

- Un cancer du poumon, de la gorge, du larynx :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
- Une bronchite chronique :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
- De l'asthme :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>

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

- Hypertension :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
- Diabète :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
- Excès de cholestérol :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>

18 - Prenez-vous assez régulièrement les médicaments suivants ?

- Des tranquillisants :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
- Des antidépresseurs :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
- Un traitement de substitution (subutex, méthadone) :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>

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

- Une dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt total ou partiel de l'activité :	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
--	---

COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ?

Evaluez par une note de 0 à 10 votre moral actuel (0 indique "Je n'ai pas du tout le moral" et 10 signifie "Je me sens parfaitement bien"). Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse.

Pas du tout le moral Parfaitement bien
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23- 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>A. 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>1. 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>B. 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>2. 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>C. Je me fais du souci :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0 <p>3. 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>D. 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>4. 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 | <p>E. 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>5. Je ne m'intéresse pas 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>F. 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>6. 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>G. 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>7. 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 style="text-align: right;">Additionnez les points des réponses A, B, C, D, E, F, G : Total A = _____</p> <p style="text-align: right;">Additionnez les points des réponses 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 : Total D = _____</p> |
|---|---|

CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISEES

24 - Combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour ? _____
(1 verre de vin = 1 apéritif = 1 demi de bière)

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

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin Pour vous sentir en forme ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

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

Total : _____

CONSOMMATION DE CANNABIS

Consommez-vous du cannabis ? Oui Non

Si oui, merci de répondre spontanément aux questions suivantes (cochez la réponse) :
Trois réponses positives (ou plus) suggèrent un usage problématique de cannabis

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Votre entourage se plaint-il de votre usage de cannabis ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usages de cannabis ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans « joint » ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Vous êtes-vous déjà senti préoccupé par les effets de votre usage de cannabis ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous plus de difficultés à étudier, à intégrer des informations nouvelles ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà essayé de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Aimez-vous planer, être « défoncé(e) » dès le matin ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous de plus en plus souvent « défoncé(e) » ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous ressenti le « manque », des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

POURQUOI FUMEZ-VOUS ?

Evaluez 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 DEGRE DE MOTIVATION POUR ARRETER ?

Evaluez par une note de 0 à 10, votre intention actuelle d'arrêter de fumer (0 signifie « je n'ai pas absolument pas envie d'arrêter de fumer » et 10 signifie « je suis fermement décidé(e) à arrêter »)

Absolument pas envie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fermement décidé(e) à arrêter
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------------

Entourez la bonne réponse :

1. Pensez-vous que dans 6 mois :

a. Vous fumerez toujours autant -----	0
b. Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?-----	2
c. Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?---	4
d. Vous aurez arrêté de fumer ?-----	8

2. Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?

a. Pas du tout-----	0
b. Un peu-----	1
c. Beaucoup -----	2
d. Enormément -----	3

3. Pensez-vous que dans 4 semaines :

a. Vous fumerez toujours autant ? -----	0
b. Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? -----	2
c. Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? ---	4
d. Vous aurez arrêté de fumer ?-----	6

4. Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?

a. Jamais -----	0
b. Quelquefois -----	1
c. Souvent -----	2
d. Très souvent -----	3
e. -----	

TOTAL _____

BILAN

Date : _____

Consommation quotidienne de tabac : _____ cigarettes

Nombre de cigarettes depuis le lever : _____ cigarettes

27 - CO expiré : _____ ppm

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

Poids : _____ Kg

29 – Traitement prescrit :

Substituts nicotiques Oui Non

- dispositifs transdermiques Oui Non

Dose : _____ mg

Pendant : _____ heures

- gommes à mâcher Oui Non dose : _____ mg

- pastilles Oui Non

- inhaleur Oui Non

Zyban Oui Non

Médicaments psychotropes Oui Non

- anti-dépresseurs Oui Non

- benzodiazépines Oui Non

- anxiolytiques Oui Non

Autres traitements : _____

Autres consultations :

Entretien psychologue Oui Non

Consultation diététiciennes Oui Non

Consultation sophrologue
Oui Non

Observations :

Jour prévu pour l'arrêt :

