

Consultation de Tabacologie

<p>NANTES, le</p> <p>Merci de compléter ce dossier jusqu'à la page 9 et de le rapporter lors de votre prochain rendez-vous</p>	<p>1 - NOM : _____</p> <p>2 - PRENOM : _____</p>
--	--

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
SÉCRÉTARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ
ET AUX HANDICAPÉS

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 renonceriez-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 poulmon, 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 ?

Évaluez 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.

A. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

1. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

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

B. 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

2. 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

C. Je me fais du souci :

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

3. Je suis de bonne humeur :

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

D. 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

4. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

E. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

5. Je ne m'intéresse pas 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

F. 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

6. 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

G. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

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

7. 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 A, B, C, D, E, F, G : Total A = _____

Additionnez les points des réponses 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 : Total D = _____

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 ☐ 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

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 ☐ Non ☐

Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors
d'usages de cannabis ? Oui ☐ Non ☐

Considérez-vous qu'il est difficile de passer une
journée sans « joint » ? Oui ☐ Non ☐

Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous
faisiez habituellement ? Oui ☐ Non ☐

Vous êtes-vous déjà senti préoccupé par les effets de
votre usage de cannabis ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous plus de difficultés à étudier, à intégrer des
informations nouvelles ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà essayé de diminuer ou d'arrêter votre
usage de cannabis ? Oui ☐ Non ☐

Aimez-vous planer, être « défoncé(e) » dès le matin ? Oui ☐ Non ☐

Etes-vous de plus en plus souvent « défoncé(e) » ? Oui ☐ Non ☐

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 ☐ Non ☐

VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

Combien de tasses de café buvez-vous par jour ? _____

Combien d'eau buvez-vous par jour ? _____

Combien de repas prenez-vous par jour ? _____

Pensez-vous que vos repas soient équilibrés ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Faites-vous au moins 3 repas par jour ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous tendance à grignoter entre les repas ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Votre poids est-il stable ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

Si oui, à quelle(s) occasion(s) ? _____

Désirez-vous une consultation de diététique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

VOS HABITUDES DE VIE

Avez-vous une activité physique ? Oui ☐ Non ☐ fréquence ? _____

Le(s)quel(s)_____

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											

Évaluez 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

Fermentation décidé(e) à arrêter

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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 _____

AVEZ-VOUS CONFIANCE EN VOUS ?

Si vous arrêtiez de fumer aujourd'hui, à combien estimeriez-vous, sur une échelle de 0 à 10, vos chances de ne pas recommencer ? (0 signifie "Je suis tout à fait sûr(e) que je recommencerais à fumer" et 10 signifie "je suis tout à fait sûr(e) que je vais réussir à arrêter")

Sûr(e) de recommencer												sûr(e) d'arrêter
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

POURQUOI VOULEZ-VOUS ARRETER DE FUMER ?

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

QUE CRAIGNEZ-VOUS EN ARRETANT 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.

Dans 1 an, vous recevrez 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

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 nicotiniques Oui ☐ Non ☐

- dispositifs transdermiques Oui ☐ Non ☐

Dose : _____mg

Pendant : _____heures

- gommes à mâcher Oui ☐ Non ☐ dose : _____mg

- pastilles Oui ☐ Non ☐

- inhalateur 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 acupuncteur Oui ☐ Non ☐

TCC Oui ☐ Non ☐

Observations :

Jour prévu pour l'arrêt :