

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.

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-.....
..... 4-.....
2-.....
.....

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 - Non
- Un accident vasculaire cérébral : Oui - Non
- Une artérite des membres inférieurs : Oui - Non

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 - Non
- Une bronchite chronique : Oui - Non
- De l'asthme : Oui - Non

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

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

18 - Prenez-vous assez régulièrement les médicaments suivants ?

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

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 - Non

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**.

A. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

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

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

5. Je ne m'intéresse pas à mon apparence :

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus

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

F.J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir
en place :
- Oui, c'est tout à fait le cas 3

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

6. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
- Autant qu'avant

C. Je me fais du souci :

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

G. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

3. Je suis de bonne humeur :

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

- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

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

10. Je faire et me sentir décontracté(e) :

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

7. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :
- souvent

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

Impression de fonctionner au ralenti :

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

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 » ?

Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisez habituellement ? Qui Non

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

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

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

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

Etes-vous de plus en plus souvent « défoncé(e) » ? Qui 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 Non Ne sait pas

Faites-vous au moins 3 repas par jour ? Oui Non Ne sait pas

Avez-vous tendance à grignoter entre les repas ? Oui Non Ne sait pas

Votre poids est-il stable ? Oui Non Ne sait pas

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

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

Désirez-vous une consultation de diététique ? Oui Non

VOS HABITUDES DE VIE

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

Le(s)quel(s) _____

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 »)

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 arrêtez 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 recommencerai à fumer” et 10 signifie “je suis tout à fait sûr(e) que je vais réussir à arrêter”)

Sûr(e) de recommencer

0

2

7

1

d'arrêter

POURQUOI VOULEZ-VOUS ARRETER DE FUMER ?

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

QUE CRAIGNEZ-VOUS EN ARRETTANT 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 – Traitements prescrits :

Substituts nicotiniques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- dispositifs transdermiques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dose : _____ mg		
Pendant : _____ heures		
- gommes à mâcher	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- pastilles	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- inhalateur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Zyban	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Médicaments psychotropes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- anti-dépresseurs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- benzodiazépines	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- anxiolytiques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres traitements :	_____	

Autres consultations :

Entretien psychologue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Consultation diététiciennes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Consultation acupuncteur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
TCC	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Observations :

Jour prévu pour l'arrêt :