

DOSSIER DE **consultation** **de tabacologie** SIMPLIFIÉ

Patient

Nom*

Prénom*

Numéro de dossier

Cadre réservé
RESPADD

Code structure

□ □ □ □ □ □

Code intervenant

□ □ □

Professionnel

Nom*

Prénom*

- Profession* Médecin Médecin du travail
 Sage-femme Infirmier
 Chirurgien-dentiste Masseur-kinésithérapeute
 Autre

Vous voulez essayer de diminuer ou d'arrêter votre consommation de tabac.

Pour vous accompagner dans cette démarche, le professionnel de santé qui va vous recevoir en consultation a besoin de connaître vos habitudes de fumeur.

Merci de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre aux questions posées. Cela vous aidera à faire le point et facilitera le dialogue avec le professionnel de santé.

* Mention obligatoire

Téléchargeable sur www.respadd.org

DATE

- 1/ Pour le rendez-vous d'aujourd'hui, depuis combien de jours avez-vous pris rendez-vous ? jours

DONNÉES GÉNÉRALES

- 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

OBJECTIF

- 9/ Quel est votre objectif en venant en consultation de tabacologie ?
- Je voudrais arrêter de fumer
 - 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

ENVIRONNEMENT

- 10/ Fumez-vous à l'intérieur de votre habitation ? Oui Non
- 11/ Y a-t-il d'autres fumeurs que vous dans votre foyer ? Oui Non

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

- 12/ Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?
- Actif. Profession :
 - Homme ou femme au foyer
 - Invalidité/allocation adulte handicapé
 - En formation/létudiant
 - Au chômage/bénéficiaire du RSA
 - Retraité
- 13/ Quel est votre niveau d'études ?
- Sans diplôme
 - Baccalauréat
 - BAC + 2
 - Niveau secondaire (lycée)
 - CAP/BEP
 - Supérieur à BAC + 2

RESSOURCES

- 14/ Dans quelle tranche se situe la somme totale de vos revenus mensuels nets (y compris les aides sociales) ?
- Moins de 1 000 €
 - Entre 1 001 et 2 000 €
 - Entre 2 001 et 3 000 €
 - Entre 3 001 et 4 000 €
 - Plus de 4 000 €

PARCOURS DE SOIN

15/ Qui vous a conseillé de venir à cette consultation (plusieurs réponses possibles) ?

- Médecin hospitalier lors d'une hospitalisation
- Médecin du travail
- Médecin spécialiste
- Tabac info service
- Démarche personnelle
- Médecin traitant
- Pharmacien
- Demande de l'entourage

BILAN TABAGIQUE

16/ Avez-vous réduit votre consommation de cigarettes au cours du mois précédant cette consultation d'aide à l'arrêt ? Oui Non

17/ Si vous ne fumez pas actuellement :

- > Depuis combien de temps avez-vous arrêté ?
En jours En mois
- > Combien de cigarettes fumiez-vous par jour avant cet arrêt ?

18/ Si vous fumez actuellement :

- > Fumez-vous tous les jours ? Oui Non

VAPORISATEUR PERSONNEL (cigarette électronique)

19/ Utilisez-vous un vaporisateur personnel ? Oui Non

20/ Si oui, quel est le volume de liquide vapoté par semaine ? ml

21/ Utilisez-vous des flacons contenant de la nicotine ? Oui Non

22/ Si oui, quel est le dosage en nicotine du liquide que vous utilisez ? mg/ml

HISTOIRE AVEC LE TABAC

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

24/ Pour les personnes qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer au moins 7 jours :

24.1/ Combien de fois avez-vous arrêté ? fois

24.2/ De quelle(s) manière(s) avez-vous arrêté ?
.....
.....
.....

24.3/ Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ?

24.4/ Quelle est la date de votre dernière tentative ?/...../.....

24.5/ Avez-vous pris du poids ? Oui Non

24.6/ Si oui, combien de kilos ? kg

HISTOIRE AVEC LE TABAC (suite)

24.7/ 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 | |

24.8/ Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir recommencé à fumer ?
(par ordre d'importance)

1. 2.
3. 4.

MOTIVATION

25/ Parmi les phrases ci-dessous, laquelle vous décrit le mieux ?

- « Je ne veux pas arrêter de fumer »
- « Je pense que je devrais arrêter de fumer, mais je ne le souhaite pas vraiment »
- « Je veux arrêter de fumer, mais je n'ai pas réfléchi au moment où je le ferai »
- « Je veux arrêter de fumer, mais je ne sais pas quand je le ferai »
- « Je veux arrêter de fumer et souhaite le faire bientôt »
- « Je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire au cours du trimestre à venir »
- « Je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire dans le mois qui vient »

26/ Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ?

Cochez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation

Aucune confiance ←—————→ Totale confiance

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27/ Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?

.....

.....

.....

28/ Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

.....

.....

.....

AUTRES CONSOMMATIONS

Consommation d'alcool

29/ Au cours de l'année écoulée, combien de fois vous est-il arrivé de consommer de l'alcool ?

- Jamais 0 1 fois par mois 1
2 à 4 fois/mois 2 2 à 3 fois/semaine 3
4 fois ou plus par semaine 4

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

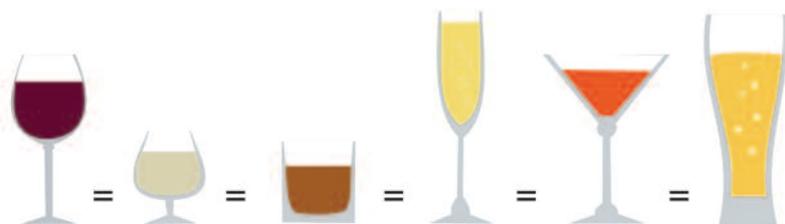
- 1 ou 2 0 3 ou 4 1
5 ou 6 2 7 à 9 3
10 ou plus 4

31/ 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

Total de vos réponses (29 + 30 + 31) :

Un score de **4 points et plus chez les hommes** et de **3 points et plus chez les femmes** indique un risque de consommation problématique d'alcool.
Une consultation spécialisée peut être envisagée.



ballon de vin 12° (10cl)	verre de pastis 45° (2,5cl)	verre de whisky 40° (2,5cl)	coupe de champagne 12° (10cl)	verre apéritif 18° (7cl)	1/2 de bière 5° (25cl)
--------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------

Si vous consommez de l'alcool, **il est recommandé** pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie :

> de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ;

> d'avoir des jours dans la semaine sans consommation.

Pour en savoir plus : <http://www.alcool-info-service.fr>

Consommation de cannabis

32/ Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non

33/ Si oui :

- Au moins 1 usage au cours des 30 derniers jours ?
 Au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours ?
 Tous les jours ?

Si vous consommez d'autres produits ou substances, n'hésitez pas à en parler à un professionnel.

REPÉRAGE : TEST CIGARETTE DEPENDENCE SCALE

Points

Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes : 0 = je ne suis absolument pas dépendant(e) des cigarettes 100 = je suis extrêmement dépendant(e) des cigarettes	<input type="checkbox"/> 0-20	1	[]
	<input type="checkbox"/> 21-40	2	
	<input type="checkbox"/> 41-60	3	
	<input type="checkbox"/> 61-80	4	
	<input type="checkbox"/> 81-100	5	
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	<input type="checkbox"/> 0-5 cig/jour	1	[]
	<input type="checkbox"/> 6-10	2	
	<input type="checkbox"/> 11-20	3	
	<input type="checkbox"/> 21-29	4	
	<input type="checkbox"/> 30 et +	5	
D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	<input type="checkbox"/> 0-5 min	5	[]
	<input type="checkbox"/> 6-15	4	
	<input type="checkbox"/> 16-30	3	
	<input type="checkbox"/> 31-60	2	
	<input type="checkbox"/> 61 et +	1	
Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :	<input type="checkbox"/> Impossible	5	[]
	<input type="checkbox"/> Très difficile	4	
	<input type="checkbox"/> Plutôt difficile	3	
	<input type="checkbox"/> Plutôt facile	2	
	<input type="checkbox"/> Très facile	1	

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer.	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord	1	[]
	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	2	
	<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	3	
	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	4	
	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	5	
Je suis stressé(e) à l'idée de manquer de cigarettes.	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord	1	[]
	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	2	
	<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	3	
	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	4	
	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	5	
Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi.	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord	1	[]
	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	2	
	<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	3	
	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	4	
	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	5	

Veillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

Points

Je suis prisonnier(ère) des cigarettes.	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord	1	[]
	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	2	
	<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	3	
	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	4	
	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	5	
Je fume trop.	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord	1	[]
	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	2	
	<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	3	
	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	4	
	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	5	
Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller chercher des cigarettes.	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord	1	[]
	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	2	
	<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	3	
	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	4	
	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	5	
Je fume tout le temps.	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord	1	[]
	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	2	
	<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	3	
	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	4	
	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	5	
Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé.	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord	1	[]
	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	2	
	<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	3	
	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	4	
	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	5	

Total des points des 12 rubriques

Interprétation des résultats

Jusqu'à 24 points	Dépendance modérée
Entre 25 et 44 points	Dépendance moyenne
45 points et plus	Dépendance forte

BUDGET

34/ Quelle somme d'argent consacrez-vous au tabac chaque semaine ? €

SITUATION ÉCONOMIQUE (Score EPICES)

35/ Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?

Oui Non

36/ Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?

Oui Non

37/ Vivez-vous en couple ? Oui Non

38/ Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui Non

39/ 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

40/ Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non

41/ Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non

42/ Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non

43/ 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

44/ En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter :

- pour vous héberger quelques jours ?

Oui Non

- pour vous apporter une aide matérielle ?

Oui Non

Les questions 35 à 44 font parties du questionnaire EPICES, mis au point dans les centres d'examens de santé afin d'évaluer votre situation sociale.

DATE

Professionnel

Bilan lors de la consultation initiale

45/ Consommation moyenne quotidienne de tabac :

46/ CO expiré : ppm 47/ Poids : kg

48/ Nombre de cigarettes depuis le lever :

49/ Temps écoulé depuis la dernière cigarette : minutes/heures/jours

OBSERVATIONS

CONCLUSIONS

50/ Une date d'arrêt a-t-elle été fixée avec le fumeur ? Oui Non

51/ Démarche de réduction de consommation :

- Sans traitement dans un premier temps
- Avec un traitement prescrit (détail ci-dessous)

TRAITEMENT PRESCRIT

52/ Traitement nicotinique de substitution : Oui Non

Si oui, lequel (plusieurs réponses possibles) :

- Dispositif transdermique – ou patch : dose par 16h ou 24h :
- 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

53/ Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

- Bupropion (Zyban®)
- Varenicline (Champix®)

54/ Techniques comportementales : Oui Non

55/ Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui Non

56/ Prise en charge diététique : Oui Non

57/ Autre :

DATE

Professionnel

Consultation de suivi n° 1

- 58/** Patient en arrêt : Oui Non
Si oui, nombre de jours d'arrêt total :
Si non, réduction de consommation de 50 % et plus : Oui Non
- 59/** Consommation moyenne quotidienne de tabac :
- 60/** CO expiré : ppm **61/** Poids : kg
- 62/** Temps écoulé depuis la dernière cigarette : minutes/heures/jours

VAPORISATEUR PERSONNEL

- 63/** Utilisez-vous un vaporisateur personnel ? Oui Non
- 64/** Si oui, quel est le volume de liquide vapoté par semaine ? ml
- 65/** Utilisez-vous des flacons contenant de la nicotine ? Oui Non
- 66/** Si oui, quel est le dosage en nicotine du liquide que vous utilisez ? mg/ml

OBSERVATIONS

TRAITEMENT PRESCRIT

- 67/** Traitement nicotinique de substitution : Oui Non
Si oui, lequel (plusieurs réponses possibles) :
- Dispositif transdermique – ou patch : dose par 16h ou 24h :
 - Gommages : 2 mg 4 mg
 - Comprimés à sucer : 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg
 - Spray buccal
 - Inhalateurs
 - Comprimés sublinguaux
- 68/** Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :
- Bupropion (Zyban®)
 - Varenicline (Champix®)
- 69/** Techniques comportementales : Oui Non
- 70/** Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui Non
- 71/** Prise en charge diététique : Oui Non
- 72/** Autre :

DATE

Professionnel

Consultation de suivi n° 2

- 73/** Patient en arrêt : Oui Non
Si oui, nombre de jours d'arrêt total :
Si non, réduction de consommation de 50 % et plus : Oui Non
- 74/** Consommation moyenne quotidienne de tabac :
- 75/** CO expiré : ppm **76/** Poids : kg
- 77/** Temps écoulé depuis la dernière cigarette : minutes/heures/jours

VAPORISATEUR PERSONNEL

- 78/** Utilisez-vous un vaporisateur personnel ? Oui Non
- 79/** Si oui, quel est le volume de liquide vapoté par semaine ? ml
- 80/** Utilisez-vous des flacons contenant de la nicotine ? Oui Non
- 81/** Si oui, quel est le dosage en nicotine du liquide que vous utilisez ? mg/ml

OBSERVATIONS

TRAITEMENT PRESCRIT

- 82/** Traitement nicotinique de substitution : Oui Non
Si oui, lequel (plusieurs réponses possibles) :
- Dispositif transdermique – ou patch : dose par 16h ou 24h :
 - Gommages : 2 mg 4 mg
 - Comprimés à sucer : 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg
 - Spray buccal
 - Inhalateurs
 - Comprimés sublinguaux
- 83/** Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :
- Bupropion (Zyban®)
 - Varenicline (Champix®)
- 84/** Techniques comportementales : Oui Non
- 85/** Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui Non
- 86/** Prise en charge diététique : Oui Non
- 87/** Autre :

DATE

Professionnel

Consultation de suivi n° 3

- 88/** Patient en arrêt : Oui Non
Si oui, nombre de jours d'arrêt total :
Si non, réduction de consommation de 50 % et plus : Oui Non
- 89/** Consommation moyenne quotidienne de tabac :
- 90/** CO expiré : ppm **91/** Poids : kg
- 92/** Temps écoulé depuis la dernière cigarette : minutes/heures/jours

VAPORISATEUR PERSONNEL

- 93/** Utilisez-vous un vaporisateur personnel ? Oui Non
- 94/** Si oui, quel est le volume de liquide vapoté par semaine ? ml
- 95/** Utilisez-vous des flacons contenant de la nicotine ? Oui Non
- 96/** Si oui, quel est le dosage en nicotine du liquide que vous utilisez ? mg/ml

OBSERVATIONS

TRAITEMENT PRESCRIT

- 97/** Traitement nicotinique de substitution : Oui Non
Si oui, lequel (plusieurs réponses possibles) :
- Dispositif transdermique – ou patch : dose par 16h ou 24h :
 - Gommages : 2 mg 4 mg
 - Comprimés à sucer : 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg
 - Spray buccal
 - Inhalateurs
 - Comprimés sublinguaux
- 98/** Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :
- Bupropion (Zyban®)
 - Varenicline (Champix®)
- 99/** Techniques comportementales : Oui Non
- 100/** Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui Non
- 101/** Prise en charge diététique : Oui Non
- 102/** Autre :