Date : …………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse/téléphone de l’établissement :……………………………………..……………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………. Numéros d’identification de l’établissement :N° FINESS : ………………………………………………………………………………......N° SIRET : …………………………………………………………………………………….Nom du prescripteur :………………………………………………………………………………………………………. Fonction : ……………………………………………………………………………………… N° RPPS/ADELI : …………………………………………………………………………….Téléphone : …………………………………………………………………………………… | Nom/Prénom du bénéficiaire :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Âge : ………………………………………Poids : …………………………………… |

# Patchs à la nicotine :

Collez le patch le matin sur une peau sèche, sans lésion cutanée ni tatouage et à la pilosité rare. Changez-le de place à chaque application. Gardez-le la nuit, sauf si cela entraîne des troubles du sommeil. Dans ce cas, enlevez-le au coucher et posez-en un nouveau le matin.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dosage/24h** | **Posologie journalière** | **Durée du traitement** |
| 21 mg / 24h |  |  |
| 14 mg / 24h |  |  |
| 7 mg / 24h |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dosage/16h** | **Posologie journalière** | **Durée du traitement** |
| 25 mg / 16h |  |  |
| 15 mg / 16h |  |  |
| 10 mg / 16h |  |  |

# Gommes à mâcher :

Mâchez très lentement la gomme et placez-la entre la joue et la gencive pour la ramollir. La garder en bouche environ 30 minutes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dosage** | **Posologie journalière** | **Durée du traitement** |
| 2 mg |  |  |
| 4 mg |  |  |

# Les comprimés/pastilles à sucer :

Placez entre la joue et la gencive et laissez fondre ou sucez très lentement.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dosage** | **Posologie journalière** | **Durée du traitement** |
| 1 mg |  |  |
| 1.5 mg |  |  |
| 2 mg |  |  |
| 2.5 mg |  |  |
| 4 mg |  |  |

# Les comprimés sublinguaux :

Placez sous la langue pour une absorption lente et régulière de la nicotine.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dosage** | **Posologie journalière** | **Durée du traitement** |
| 2 mg |  |  |

# Inhaleur :

Ne pas dépasser 12 cartouches par jour.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Posologie journalière** | **Durée du traitement** |
| Cartouche |  |  |

# Spray buccal :

Faire 1 pulvérisation à chaque envie de fumer, sans dépasser 2 pulvérisations par prise. Ne pas dépasser 4 pulvérisations par heure.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Posologie journalière** | **Durée du traitement** |
| Pulvérisation |  |  |

*En cas de sous-dosage, vous pourrez ressentir des envies irrépressibles de fumer, de la nervosité, de l’irritabilité, de la frustration, de la colère, des fringales, etc.*

***N’hésitez pas à en parler à votre professionnel de santé.***

Date de la prochaine consultation (si proposée) :

Signature et tampon

Observations :