Programme d'aide au sevrage tabagique

Enregistrer

Envoyer

Ministère de la Santé | Caisse Nationale de Santé

FEUILLE D'ÉVALUATION

Nom et prénom du patient :

Matricule :

Date de la première consultation :

jour mois an

Le patient a signé le formulaire de consentement éclairé pour arrêter de fumer : oui

Le patient a
- bien
- plutôt bien
- mal

accepté que le sevrage comporte des signes d'inconfort.

Dossier médical à garder dans le dossier personnel du patient.

Programme d'aide au sevrage tabagique

Ministère de la Santé | Caisse Nationale de Santé

FEUILLE D'ÉVALUATION

Anamnèse et plaintes actuelles en relation présumée avec le tabagisme

Âge du patient:

Sexe: ☐ F ☐ M

Système respiratoire:	oui	non
- Toux	☐	☐
- Expectoration chronique	☐	☐
- Dyspnée (Grade)	☐	☐

Système cardio-vasculaire:	oui	non
- Palpitations	☐	☐
- Angor	☐	☐
- Dyspnée	☐	☐
- Orthopnée	☐	☐
- Claudication	☐	☐
- Extrémités froides	☐	☐

Système ORL:	oui	non
- Irritation bouche / pharynx	☐	☐
- Dysphonie	☐	☐
- Dyspnée (Grade)	☐	☐

Antécédents:	oui	non
- Dépression	☐	☐
- Ethylisme	☐	☐
- Autre intoxication	☐	☐

Autres ATCD (à préciser):

Le patient fait du sport ☐ oui régulièrement ☐ non

Examen clinique lors de la première consultation

Poids

Auscultation pulmonaire

Auscultation cardiaque

Pouls périphérique

Rythme cardiaque

Carotide

Pression artérielle systolique / diastolique (mm / HG)

Habitudes du fumeur

Consommation totale cumulée (en paquets / années)

Nombre de tentatives antérieures d'arrêt du tabac

Autre(s) forme(s) de tabac consommée(s):

- ☐ Cigarillos
- ☐ Cigares
- ☐ Pipe
- ☐ Pipe à eau
- ☐ Tabac à chiquer

Utilisation antérieure de:	oui	non
- Substituts nicotiniques	☐	☐
- Zyban®	☒	☐
- Champix®	☐	☐

Budget mensuel moyen consacré à l'achat de tabac / cigarettes €

Consommation: verres d'alcool / jour

Consommation: tasses de café / jour

Ministère de la Santé | Caisse Nationale de Santé

FEUILLE D'ÉVALUATION

Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?	Dans les 5 premières minutes = 3 Entre 6 à 30 minutes après = 2 Entre 31 à 60 minutes après = 1 Après une heure ou plus = 0	
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit?	Oui = 1 Non = 0	
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement?	La première de la journée = 1 N'importe quelle autre = 0	
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne?	10 ou moins = 0 De 11 à 20 = 1 De 21 à 30 = 2 Plus de 30 = 3	
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée?	Oui = 1 Non = 0	
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade et alité?	Oui = 1 Non = 0	

Interprétation du test de Fagerström

0 à 2 points : pas de dépendance physique
3 à 4 points : faible dépendance physique
5 à 6 points : dépendance physique moyenne
7 à 10 points : forte dépendance physique

0

Ministère de la Santé | Caisse Nationale de Santé

FEUILLE D'ÉVALUATION

Etablissement du plan d'arrêt

Un plan d'arrêt a été établi. ☐ oui ☐ non

Un traitement de sevrage médicamenteux a été instauré lors de la 1ère consultation. ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel ?

En cas de renonciation à un traitement de sevrage médicamenteux:

Motifs de la renonciation :

- ☐ Absence d'indication
- ☐ Contre-indication médicale
- ☐ Mauvaise balance bénéfices / risques
- ☐ Grossesse /allaitement
- ☐ Jeune âge du fumeur
- ☐ Demande du patient

Délai fixé pour l'arrêt :

- ☐ immédiat
- ☐ 1 semaine
- ☐ 2 semaines
- autre délai en semaines

Date programmée pour l'arrêt : jour mois an

Date pour la prochaine consultation : jour mois an