

# Programme d'aide au sevrage tabagique

Ministère de la Santé | Caisse Nationale de Santé

## DERNIÈRE CONSULTATION Feuillet B

Nom et prénom du patient:

Matricule:

Date de la première consultation:

jour

mois

an

Date de la dernière consultation:

jour

mois

an

Le patient est complètement abstiné:

oui  non

oui  non

Si non, une réduction de la consommation est-elle constatée:

Le cas échéant, exprimez la réduction en %:

 %

Si non, quelle est la durée maximale cumulée de l'arrêt au cours  
des 8 derniers mois:

 j

Raison de la rechute:

  
  
  

Le cas échéant, veuillez préciser le traitement médicamenteux:

Substituts nicotiques

Champix®

Zyban®

Ce feuillet B est à envoyer par le médecin  
par e-mail: [prog-sevrage-tabagique@ms.etat.lu](mailto:prog-sevrage-tabagique@ms.etat.lu),  
par fax: 46 75 26 ou  
par courrier à l'adresse ci-dessous:

Code médecin:

Direction de la Santé  
Programme d'aide au sevrage tabagique  
Villa Louvigny  
L-2120 Luxembourg

Cachet du médecin: