

UNITÉ DE COORDINATION

EN TABACOLOGIE

Unité de Coordination
en
Tabacologie



IDENTITÉ DU PATIENT

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : | _____ | **Ville :**

@dresse électronique :@.....

☎ Téléphone :

- **Domicile :**

- **Travail :**

- **Portable :**

Date de naissance : | ____/____/____ |

Médecin traitant :

Médecin adresseur :

1^{er} rendez-vous le :

Prochains rendez-vous :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EN.GSI.NDS.xxx-1

Profession :

Situation professionnelle :

- Actif
- Au chômage, bénéficiaire du RMI
- En formation/Étudiant
- Retraité
- Invalidité/Allocation adulte handicapé
- Sans activité

Situation familiale :

Niveau d'études :

- Sans diplôme
- C.A.P., B.E.P.
- Niveau secondaire (lycée)
- Baccalauréat
- Bac +2
- Au delà de Bac +2

Qui vous a conseillé de venir à cette consultation ? (Choisissez une seule réponse)

- Suite à une hospitalisation
- Médecin libéral (traitant, spécialiste de ville)
- Médecin du travail
- Demande de l'entourage
- Pharmacien
- Aucune de ces personnes ou institutions, c'est une démarche personnelle.

Si vous avez coché " hospitalisation", dans quel service ?.....
quel médecin hospitalier ?.....

Nom du médecin traitant : Dr

Acceptez-vous qu'un courrier médical soit adressé à votre médecin traitant ? Oui Non

ANTECEDENTS

Êtes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires ci-dessous?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Un infarctus du myocarde, angine de poitrine : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Un accident vasculaire cérébral : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Une artérite des membres inférieurs : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Un cancer du poumon, de la gorge, du larynx : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Une bronchite chronique : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - De l'asthme : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Avez-vous des facteurs de risque ?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Hypertension artérielle : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Diabète : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Hypercholestérolémie : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Prenez-vous assez régulièrement les médicaments suivants?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Des tranquillisants : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Des antidépresseurs : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Un traitement de substitution (subutex, méthadone) : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

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

Pour les femmes :

Êtes-vous actuellement enceinte?

Oui Non

Si oui, au |_____| trimestre.

Date du terme prévu : |_____|

Prenez-vous la pilule ?

Oui Non

Pour tous :

Avez-vous d'autres problèmes de santé ?

Oui Non

Si oui, lesquels?

.....

.....

Traitement habituel suivi :

.....

.....

.....

.....

.....

HABITUDES DE VIE

CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES

Combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour ? | _____ |

(1 verre = 1 apéritif = 1 demi de bière)

Merci de répondre spontanément aux questions suivantes (cochez la réponse) :

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? 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 :

AUTRES DÉPENDANCES (EN DEHORS DU TABAC)

Laquelle ?

Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Si oui, combien de fois en avez-vous fumé au cours des trente derniers jours ?

aucune fois

1 ou 2 fois

entre 3 et 5 fois

entre 6 et 9 fois

entre 10 et 19 fois

entre 20 et 29 fois

tous les jours

A quel âge avez-vous commencé ? | _____ | ans

Si vous consommez d'autres substances, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

Combien de tasses de café buvez-vous par jour ? | _____ |

Combien de repas prenez-vous par jour ? | _____ |

Vous arrive-t-il fréquemment de sauter un repas ? Oui Non

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

Votre poids est-il stable ? Oui Non

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

Si oui, à quelle(s) occasion(s) ?

VOTRE ACTIVITÉ PHYSIQUE

Quelle est votre activité physique hebdomadaire durant l'année écoulée (faite une moyenne par semaine) ?

aucune fois

moins de 30 min

entre 30 min et 1 heure

de 1 à 2 heures

de 2 à 4 heures

plus de 4 heures

QUELLE EST VOTRE HISTOIRE AVEC LE TABAC ?

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? à _____ ans

A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à _____ ans

A quel âge la consommation actuelle a-t-elle été atteinte ? à _____ ans

HABITUDES QUOTIDIENNES

Combien de cigarette fumez-vous par jour ? _____

Quelle est la marque des cigarettes que vous fumez ?®

Quel budget consacrez-vous au tabac ? _____ € par semaine

LES ARRÊTS

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? Oui Non

Combien de fois ? _____

De quelle(s) manière(s) ?.....
.....
.....

Combien de temps a duré votre arrêt le plus long _____ et quand était-ce ? _____

Quelle est la date de votre dernière tentative _____ et combien de temps avez-vous arrêté ? _____

Quels troubles avez-vous ressentis à l'arrêt du tabac ?

Aucun trouble
Pulsions à fumer
Irritabilité/colère
Agitation/nervosité
Anxiété
Tendance dépressive
Difficultés de concentration

Troubles du sommeil
Augmentation de l'appétit
Autres :
lesquels
.....
.....
.....
.....

Pour quelle(s) raisons(s) pensez-vous avoir recommencé à fumer ? (Par ordre d'importance)

1.
2.
3.
4.

POURQUOI FUMEZ-VOUS ?

Pourquoi avez-vous commencé à fumer ?

- Pour faire comme les autres
- Pour combattre le stress
- Pour essayer et voir les effets de la cigarette
- Pour soutenir le moral
- Autres

Pourquoi fumez-vous aujourd'hui ?

Évaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer :

(Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse en face chaque proposition : 0 = "Jamais" et 10 = "Toujours")

<i>Je fume :</i>	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 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		

POURQUOI VOULEZ-VOUS ARRÊTER DE FUMER ?

<i>Je veux arrêter de fumer pour :</i>	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
Protéger ma santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrouver une bonne condition physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieux sentir les bonnes odeurs et les goûts des aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préserver mon apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne plus intoxiquer mon entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire des économies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir un enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être mieux dans ma peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire plaisir à mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montrer l'exemple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne plus être dépendant d'un produit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être plus libre de mes mouvements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieux respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aider un proche à s'arrêter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :			
			
			

QUE CRAIGNEZ-VOUS EN ARRÊTANT DE FUMER ?

En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de :

.....

.....

.....

.....

LE POIDS

Crainte de prendre du poids :

(Entourez le chiffre qui correspond à votre niveau de crainte : 0 = "Pas de crainte" et 10 = "Beaucoup de crainte")

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de crainte de prendre du poids

Beaucoup de crainte de prendre du poids

Confiance à ne pas prendre de poids :

(Entourez le chiffre qui correspond à votre niveau de confiance : 0 = "Pas de confiance" et 10 = "Beaucoup de confiance")

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de confiance à ne pas prendre de poids

Beaucoup de confiance à ne pas prendre du poids

QUEL EST VOTRE DEGRÉ DE MOTIVATION ?

A quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

(Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation : 0 = "Pas important du tout" et 10 = "Extrêmement important")

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas important du tout

Extrêmement important

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

(Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation : 0 = "Aucune confiance" et 10 = "Totale confiance")

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune confiance

Totale confiance

ÉVALUATION DE LA MOTIVATION À L'ARRÊT DU TABAC

(Pour chaque question, entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse)

Aimeriez-vous arrêter si vous pouviez le faire facilement ?

- **Oui** **1**
- **Non** **0**

Avez-vous, réellement, envie de cesser de fumer ?

- **Pas du tout** **0**
- **Un peu** **1**
- **Moyennement** **2**
- **Beaucoup** **3**

Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?

- **Non** **0**
- **Peut-être** **1**
- **Vraisemblablement** **2**
- **Certainement** **3**

Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?

- **Non** **0**
- **Peut-être** **1**
- **Vraisemblablement** **2**
- **Certainement** **3**

Faite le total des points

Score : | _____ | /10

- 0 à 5 points : motivation faible
- 6 à 8 points : motivation moyenne
- 9 à 10 points : bonne ou très bonne motivation

ÉVALUATION DU DEGRÉ DE DÉPENDANCE

Test de Fagerström

(Pour chaque question, entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)

Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?

- Dans les 5 premières minutes 3
- Entre 6 et 30 minutes 2
- Entre 31 et 60 minutes 1
- Après 60 minutes 0

Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit (transports en commun, cinéma...)?

- Oui 1
- Non 0

Quelle est la cigarette à laquelle vous auriez le plus de mal à renoncer ?

- La première le matin 1
- Une autre 0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins 0
- 11 à 20 1
- 21 à 30 2
- Plus de 30 3

Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- Oui 1
- Non 0

Fumez-vous si vous êtes malade et alité(e) la majeure partie de la journée ?

- Oui 1
- Non 0

Faite le total des points

Score : | _____ | /10

- 0 à 3 points : dépendance nulle ou légère
- 4 à 6 points : dépendance moyenne
- 7 à 10 points : forte dépendance

ÉVALUATION DES HABITUDES TABAGIQUES

Test de Horn

(Pour chaque question, entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)

5 = *Toujours* 4 = *Souvent* 3 = *Moyennement* 2 = *Parfois* 1 = *Jamais*

a. <i>Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace</i>	5	4	3	2	1
b. <i>C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts</i>	5	4	3	2	1
c. <i>Fumer est pour moi une détente</i>	5	4	3	2	1
d. <i>J'allume une cigarette quand je suis soucieux (se), contrarié(e)</i>	5	4	3	2	1
e. <i>Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter</i>	5	4	3	2	1
f. <i>Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique</i>	5	4	3	2	1
g. <i>Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme</i>	5	4	3	2	1
h. <i>Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir</i>	5	4	3	2	1
i. <i>Il y a quantité de plaisirs dans l'acte de fumer</i>	5	4	3	2	1
j. <i>Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e)</i>	5	4	3	2	1
k. <i>Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas</i>	5	4	3	2	1
l. <i>J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier</i>	5	4	3	2	1
m. <i>Je fume pour retrouver mon entrain</i>	5	4	3	2	1
n. <i>J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée</i>	5	4	3	2	1
o. <i>Je fume quand je me sens bien et détendu(e)</i>	5	4	3	2	1
p. <i>Je fume pour oublier quand j'ai le cafard</i>	5	4	3	2	1
q. <i>Quand je n'ai pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible</i>	5	4	3	2	1
r. <i>Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche</i>	5	4	3	2	1

Additionnez les scores obtenus en faisant les opérations suivantes :

<i>Stimulation</i>	a _ +	g _ +	m _ =	_ / 15
<i>Plaisir du geste</i>	b _ +	h _ +	n _ =	_ / 15
<i>Relaxation</i>	c _ +	i _ +	o _ =	_ / 15
<i>Anxiété – soutien</i>	d _ +	j _ +	p _ =	_ / 15
<i>Besoin absolu</i>	e _ +	k _ +	q _ =	_ / 15
<i>Habitude acquise</i>	f _ +	l _ +	r _ =	_ / 15

COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ?

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.

Quel est votre moral actuel ?

(Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation 0 = "Je n'ai pas le moral" et 10 = "Je me sens parfaitement bien")

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(Pour chaque question, entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)

(A 1) - Je me sens tendu(e), énervé(e)

- La plupart du temps **3**
- Souvent **2**
- De temps en temps **1**
- Jamais **0**

(D 2) - J'éprouve du plaisir à faire les choses que j'aime

- Oui toujours **0**
- Le plus souvent **1**
- De plus en plus difficilement **2**
- Non, tout me paraît difficile **3**

(D 3) - Je me sens ralenti(e)

- Pratiquement tout le temps **3**
- Très souvent **2**
- Quelquefois **1**
- Pas du tout **0**

(A 4) - J'éprouve des sensations d'angoisse, j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué

- Très souvent **3**
- Assez souvent **2**
- Quelquefois **1**
- Jamais **0**

(D 5) - J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence

- Totalement **3**
- Je n'y fais plus attention **2**
- Je n'y fais plus assez attention **1**
- Non, j'y fais attention comme d'habitude **0**

(A 6) - J'ai la bougeotte, je n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas **3**
- Un peu **2**
- Pas tellement **1**
- Pas du tout **0**

(D 7) - J'envisage l'avenir avec optimisme

- Comme d'habitude **0**
- Plutôt moins qu'avant **1**
- Beaucoup moins qu'avant **2**
- Pas du tout **3**

(A 8) - 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 n'importe pas 1
- Pas du tout 0

(D 9) - Je sais rire et voir le bon côté des choses

- Toujours autant qu'avant 0
- Plutôt moins 1
- Nettement moins 2
- Plus du tout 3

(A 10) - Je me fais du souci

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

(D 11) - Je me sens heureux (se)

- Jamais 3
- Pas souvent 2
- Quelquefois 1
- La plupart du temps 0

(A 12) - Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire, et me sentir heureux(se)

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

(D 13) - Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme de radio ou de télé

- Souvent 0
- Assez souvent 1
- Rarement 2
- Pratiquement jamais 3

(A 14) - J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Rarement 1
- Jamais 0

Additionnez d'une part les scores des questions A :

(A 1) |___| + (A 4) |___| + (A 6) |___| + (A 8) |___| + (A 10) |___| + (A 12) |___| + (A 14) |___| = |_____|

Additionnez d'autre part les scores des questions D :

(D 2) |___| + (D 3) |___| + (D 5) |___| + (D 7) |___| + (D 9) |___| + (D 11) |___| + (D 13) |___| = |_____|

NOM :

PRENOM :

BILAN DE LA CONSULTATION INITIALE

Consultation du : |_____| |_____| |_____| à |_____| h|_____|

Consommation quotidienne de tabac : |_____|

Nombre de cigarettes depuis le lever : |_____|

CO Expiré : |_____| ppm

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : |_____| minutes / heures / jours/ mois

Saturation en O₂ : |_____|

Poids : |_____| kg **Taille :** |_____| cm **IMC :** |_____|

Pouls : |_____| /mn **TA :** |_____| / ____|

Test de Fagerström : |_____| / 10 **Q-mat. abrégé :** |_____| / 10

Test HAD : A = |_____| / 21 **D =** |_____| / 21 **Confiance :** |_____| / 10

E.C.G. :

R.P. :

Examen clinique :

.....
.....
.....
.....

Consommation de café : |_____| / jour **Consommation d'alcool :** |_____| verres / jour

OBSERVATIONS :

DECISION DU CONSULTANT

Jour prévu pour l'arrêt : |_____| |_____| |_____||

Démarche de réduction avec substitution nicotinique : Oui Non

TRAITEMENT

- Traitement de substitution nicotinique : Oui Non

Si oui, lequel : Dispositif transdermique |_____| mg / |_____| h
 Gomme à mâcher |_____| mg
 Comprimés sub-linguaux |_____| mg
 Comprimés à sucer |_____| mg
 Inhalateur

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique : Oui Non

Si oui, lequel : Bupropion (ZYBAN®) Varenicline (CHAMPIX®)

Autre : |_____||

- Traitement psychotrope prescrit lors de la consultation ou pris habituellement par le patient :

Antidépresseurs : Oui Non

Anxiolytiques : Oui Non

Hypnotiques : Oui Non

Thymorégulateurs : Oui Non

Neuroleptiques : Oui Non

- Thérapie comportementale : Oui Non

- Consultation psychologique : Oui Non

- Consultation diététique : Oui Non

- Groupe de parole : Oui Non

- Autre : |_____|
|_____|
|_____|
|_____|

RÉCAPITULATIF DES CONSULTATIONS

Arrêt du tabac le : | | |

Dates	<u>Fagerström</u> : /10	<u>Q-Mat. abrégé</u> : /10			<u>Horn</u> : - Stimulation - Plaisir du geste - Relaxation - Anxiété-soutien - Besoin absolu - Habitudes acquises
	<i>Consommation de Cigarettes</i>	<i>CO</i>	<i>AHAD</i>	<i>DHAD</i>	<i>Traitement</i>

SUIVI DE VOTRE COMPORTEMENT FACE À LA CIGARETTE

Dates	heures	Circonstances	Commentaires personnels



EN CAS DE RÉPARITION BRUTALE DE L'ENVIE DE FUMER (STRESS, FÊTE, ...)

1°) BOIRE UN GRAND VERRE D'EAU

2°) PRENDRE :

✧ SOIT UNE TABLETTE DE LAROSCORBINE

✧ SOIT UN CHEWING-GUM (Citron de préférence)

3°) CHANGER D'ENVIRONNEMENT :

✧ QUITTER LA PIÈCE (5 à 10 mn)

✧ MARCHER

✧ FAIRE DE GRANDS MOUVEMENTS RESPIRATOIRES

