

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:	<input type="text"/>	Sexe:	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
Système respiratoire:	oui	non	Système cardio-vasculaire:	oui	non
- Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Expectoration chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Angor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dyspnée (Grade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- Orthopnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- Claudication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- Extrémités froides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système ORL:	oui	non	Antécédents:	oui	non
- Irritation bouche/pharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dysphonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Ethylisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dyspnée (Grade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Autre intoxication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres ATCD (à préciser):	<input type="text"/>				
Le patient fait du sport	<input type="checkbox"/> oui régulièrement	<input type="checkbox"/> non			

Examen clinique lors de la première consultation

Poids	<input type="text"/>	Rythme cardiaque	<input type="text"/>
Auscultation pulmonaire	<input type="text"/>	Carotide	<input type="text"/>
Auscultation cardiaque	<input type="text"/>	Pression artérielle systolique / diastolique (mm/HG)	<input type="text"/>
Pouls périphérique	<input type="text"/>		

Habitudes du fumeur

Consommation totale cumulée (en paquets/années)	<input type="text"/>	Nombre de tentatives antérieures d'arrêt du tabac	<input type="text"/>	
Autre(s) forme(s) de tabac consommée(s):	<input type="checkbox"/> Cigarillos <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipe <input type="checkbox"/> Pipe à eau <input type="checkbox"/> Tabac à chiquer	Utilisation antérieure de:	oui	non
		- Substituts nicotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		- Zyban®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		- Champix®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Budget mensuel moyen consacré à l'achat de tabac/cigarettes	<input type="text"/> €	Consommation: verres d'alcool/jour	<input type="text"/>	
		Consommation: tasses de café/jour	<input type="text"/>	

Programme d'aide au sevrage tabagique

Ministère de la Santé | Caisse Nationale de Santé

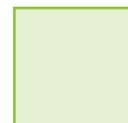
FEUILLE D'ÉVALUATION

Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

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

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



Programme d'aide au sevrage tabagique

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