

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 abstinente:

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 nicotiniques

☐

Champix®

☐

Zyban®

Ce feuillet B est à envoyer par le médecin
par e-mail: 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: