

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	Système cardio-vasculaire:	oui	non
- Toux	☐	☐	- Palpitations	☐	☐
- Expectoration chronique	☐	☐	- Angor	☐	☐
- Dyspnée (Grade)	☐	☐	- Dyspnée	☐	☐
			- Orthopnée	☐	☐
			- Claudication	☐	☐
			- Extrémités froides	☐	☐
Système ORL:	oui	non	Antécédents:	oui	non
- Irritation bouche/pharynx	☐	☐	- Dépression	☐	☐
- Dysphonie	☐	☐	- Ethylisme	☐	☐
- Dyspnée (Grade)	☐	☐	- Autre intoxication	☐	☐
Autres ATCD (à préciser):					
Le patient fait du sport	☐ oui régulièrement	☐ non			

Examen clinique lors de la première consultation

Poids		Rythme cardiaque	
Auscultation pulmonaire		Carotide	
Auscultation cardiaque		Pression artérielle systolique / diastolique (mm/HG)	
Pouls périphérique			

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	

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?	☐ 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 renoncerez-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

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