

# FICHE DE DOSSIER DU PATIENT FUMEUR: EVALUATION

Nom et prénom:

Date de naissance:

Profession:

Envoyé par:

Médecin(s) traitant(s):

**Tabagisme:**  cigarette  cigare  pipe      âge de début: \_\_\_\_\_ ans    durée: \_\_\_\_\_ années    UPA: \_\_\_\_\_

**Problèmes médicaux dus au tabac** (préciser)    mal. cardiovasculaire    mal. pulmonaire    cancer(s)    ulcère peptique    ostéoporose    infections resp. >1 x/an

**Problèmes médicaux autres** (préciser)    dépression    autres antécédents    médicaments

**Facteurs de risque CV:** (valeurs mesurées)    hypertension    hyperlipidémie    diabète    obésité    activité physique    an. familiale

**Abus & dépendances:**    alcool    benzodiazépines    cannabis    psychostimulants    opiacés

**Symptômes/signes:**  toux chronique     faible aptitude à l'effort     enrouement     dyspepsie     taches nicotine     rides

**Pour l'arrêt:**  risques pour la santé     maladie due au tabac     symptômes du tabac     image personnelle     dépendance     économies  
 tabagisme passif     grossesse (projet)     exemple pour enfants     pression sociale     autre(s): \_\_\_\_\_

**Contre l'arrêt:**  symptômes de sevrage     prise de poids     peur de l'échec     perte de plaisir     autres fumeurs     gestion du stress  
 dépression     autre(s): \_\_\_\_\_

**Entourage familial:**  non fumeur(s)     fumeur(s)     enfant(s) <16 ans    **Entourage prof.:**  non fumeur(s)     fumeur(s)

Date	Consommation*	Tentatives d'arrêt (>24h)*			Temps du réveil à 1 <sup>ère</sup> cigarette#				Dépendance à la nicotine#				Intention d'arrêt d'ici#			Abstinence#	
		nombre	dernière	sevrage	< 5 min.	5-30 min.	30-60 min.	> 60 min.	léger	modéré	fort	très fort	> 6 mois	1-6 mois	< 1 mois	< 6 mois	> 6 mois
consult.*	N cigarettes/j																

\*Dater ou quantifier    #Cocher d'une croix la case qui convient

