

Questionnaire de pré-sélection : HYPNO-TSN-S



Date | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | |

(Temps de passation : 5/6min)

Nom – Prénom :

Téléphone fixe :

Adresse :

Téléphone mobile :

Nom du médecin :

Souhaitez-vous arrêter ou diminuer votre consommation de tabac ?

OUI NON

(Si réponse non, personne non éligible.)

Accepteriez-vous de ne pas utiliser d'autres moyens d'arrêt du tabac en dehors de patch nicotinique ou de l'hypnose pendant le mois d'évaluation de l'étude (cigarette électronique, ploom, acupuncture, ...) ?

OUI NON

(Si réponse non, personne non éligible.)

Test de Fagerström (Heatherton et al.) :

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

Oui	1
Non	0

3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

La première le matin	1
N'importe quelle autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	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 malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

Si le score obtenu par la personne est **≥5**, la dépendance à la nicotine est moyenne à forte voire très forte, **veuillez poursuivre** le questionnaire.



1. Parmi les méthodes suivantes d'aide au sevrage tabagique, lesquelles serez-vous prêt à utiliser ou à réutiliser si l'on vous le propose :

Traitement de substitution nicotinique par patch (+/- gommes) OUI NON

Hypnose OUI NON

Traitements de substitution nicotinique + Hypnose OUI NON

(Les personnes qui auront répondu oui aux trois méthodes pourront être éligible)

2. Prescription de psychotropes dans le traitement actuel OUI NON

3. Personne mineure *(Si réponse oui, personne non éligible.)* OUI NON

4. Patient en incapacité de comprendre l'étude ou de remplir les questionnaires (analphabète, déficience mentale sévère, ...) OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)

5. Mesure de protection (curatelle, tutelle, ...) OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)

6. Trouble de l'usage de l'alcool OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible = consommation > 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour)

7. Consommation d'autres substances (cannabis, cocaïne, ...) OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)

8. Maladie grave liée au tabac (BPCO, cancer, ...) OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)

9. Maladie grave en cours non équilibrée OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)

10. Maladie grave impliquant le pronostic vital à court terme OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)

11. Opération prévue dans les prochains mois OUI NON
(Si opération lourde nécessitant un arrêt du tabac prévue dans les 6 mois, personne non éligible)

12. Si femme : Enceinte *(Si réponse oui, personne non éligible)* OUI NON

Projet de grossesse actuel ou à court terme (< 6 mois) OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)

Si la personne est éligible



Veillez appeler le pôle universitaire d'addictologie en Limousin (ou laisser un message avec les coordonnées du patient) **pour prendre rendez-vous pour la visite d'inclusion**



Veillez envoyer dans l'enveloppe affranchie ce questionnaire de pré-sélection au pôle universitaire d'addictologie en Limousin



Veillez remettre la lettre d'information au patient

Pôle universitaire d'addictologie en Limousin

Centre Hospitalier Esquirol : 15 rue du Docteur Marcland 87025 Limoges Cedex

Tél : **05.55.43.12.18**

MERCI !