

CARNET DE 20 FICHES DE RECUEIL DE DONNEES



AddictLim

26 avenue des courrières
87170 Isle

Tél : 05.55.05.99.00

Fax : 05.24.84.18.03

Courriel : addictlim@gmail.com

www.addictlim.fr

Nom et prénom (3 premières lettres)

Nom ou tampon de la pharmacie

— — — — —

Âge : __ ans

Sexe : Homme Femme

Couverture sociale :

Régime obligatoire

CPAM : Oui Non

si non, à préciser : ...

Régime complémentaire

Complémentaire santé

CMU

ACS

Pas de complémentaire

1. S'agit-il d'une femme enceinte ou souhaitant être enceinte ? Oui Non

2. Le patient a-t-il une ordonnance de TNS ? Oui Non

2.1. Quel prescripteur : Médecin Infirmier Sage-femme

Chirurgien-dentiste Kinésithérapeute

2.2. Quel(s) TNS ? : Substituts transdermiques Substituts oraux Substitut intranasal

Entretien n°1 Date : __/__/2017

3. Sous quelles formes consommez-vous du tabac ? Cigarette Tabac à rouler Cigare Autre : ...

4. Quelle est votre consommation actuelle par jour (en unités) ? __

5. À quel âge avez-vous commencé à fumer ? __ ans

6. À combien estimez-vous votre nombre de tentative(s) d'arrêt ? 0 1 entre 2 et 3 entre 4 et 5 > 6

7. Quelle a été la durée maximale d'arrêt ? moins d'une semaine entre une semaine et un mois

entre un et 6 mois entre 6 mois et un an plus d'un an

8. Quel est votre objectif ?

Arrêter de fumer dès aujourd'hui Arrêter de fumer progressivement Diminuer ma consommation Autre : ...

ECHANGES (PROPOSITIONS DE QUESTIONS)

A. Que vous apporte la consommation de tabac ?

B. Dans quelles circonstances ressentez-vous le besoin de fumer ?

C. Quels moyens avez-vous trouvé pour gérer vos envies de fumer ?

D. Pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser/diminuer votre consommation ?

E. Pour vous, existe-t-il un risque de compensation lors de votre arrêt/diminution ?

9. Sur une échelle de 0 à 10, à **quel point est-il important** pour vous d'arrêter de fumer ou de diminuer ? __

10. Sur une échelle de 0 à 10, **quelle confiance** avez-vous dans votre capacité à atteindre votre objectif ? __

11. Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous aujourd'hui **votre moral** ? __

12. A la suite de l'entretien, quel(s) professionnel(s) est/sont envisagés dans le parcours ?

Médecin généraliste Spécialiste (tabacologue, addictologue) Diététicien Psychologue Psychiatre

Hypnothérapeute Sophrologue Acupuncteur Aucun Autre : ...

13. Quels moyens souhaiteriez-vous utiliser ?

Tabac-info-service (inscription internet) le 3989 le Kit Moi(s) sans tabac Substituts nicotiques

Homéopathie Phytothérapie Médicaments (Zyban®, Champix®) Activité physique Activité de relaxation

Cigarette électronique Aucun Autre(s) : ...

➔ Remise de la lettre d'évaluation et de l'enveloppe T au patient

Signature du professionnel

Signature du patient

--	--

Suite

Nom et prénom (3 premières lettres)

Nom ou tampon de la pharmacie

— — — — —

Âge : __ ans

Sexe : Homme Femme

Entretiens n^{os} 2, 3 et 4

	Entretien n°2 Date : __/__/2017	Entretien n°3 Date : __/__/2017	Entretien n°4 Date : __/__/2017
F. Comment allez-vous depuis notre dernière rencontre ? G. Avez-vous ressenti des difficultés particulières ? H. Quels moyens avez-vous trouvés pour gérer vos envies ?			
Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous aujourd'hui votre moral ?	14. __	22. __	29. __
Quelle est votre consommation actuelle par jour (en unités) ?	15. __	23. __	30. __
Réadaptation du suivi			
Avez-vous atteint votre objectif ?	16. <input type="checkbox"/> Oui, sans difficultés particulières <input type="checkbox"/> Oui, avec difficultés <input type="checkbox"/> Oui, malgré quelques écarts... <input type="checkbox"/> Non, je reconsomme comme avant	24. <input type="checkbox"/> Oui, sans difficultés particulières <input type="checkbox"/> Oui, avec difficultés <input type="checkbox"/> Oui, malgré quelques écarts... <input type="checkbox"/> Non, je reconsomme comme avant	31. <input type="checkbox"/> Oui, sans difficultés particulières <input type="checkbox"/> Oui, avec difficultés <input type="checkbox"/> Oui, malgré quelques écarts... <input type="checkbox"/> Non, je reconsomme comme avant
Si difficultés, souhaitez-vous réévaluer votre objectif ?	17. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nouvel objectif : <input type="checkbox"/> Arrêter de fumer progressivement <input type="checkbox"/> Diminuer votre conso <input type="checkbox"/> Autre : ...	25. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nouvel objectif : <input type="checkbox"/> Arrêter de fumer progressivement <input type="checkbox"/> Diminuer votre conso <input type="checkbox"/> Autre : ...	32. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nouvel objectif : <input type="checkbox"/> Arrêter de fumer progressivement <input type="checkbox"/> Diminuer votre conso <input type="checkbox"/> Autre : ...
Pensez-vous qu'il faille ajouter un professionnel (Cf.12.) à votre parcours ?	19. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui le(s)quel(s) ?	26. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui le(s)quel(s) ?	33. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui le(s)quel(s) ?
Pensez-vous qu'il faille ajouter de nouveaux moyens (Cf.13) à votre parcours ?	20. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui le(s)quel(s) ?	27. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui le(s)quel(s) ?	34. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui le(s)quel(s) ?
<i>Si TNS</i> Pensez-vous qu'il faille adapter votre traitement de substitution ?	21. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Augmentation du dosage <input type="checkbox"/> Diminution du dosage <input type="checkbox"/> Changement de médicament <input type="checkbox"/> Autres	28. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Augmentation du dosage <input type="checkbox"/> Diminution du dosage <input type="checkbox"/> Changement de médicament <input type="checkbox"/> Autres	35. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Augmentation du dosage <input type="checkbox"/> Diminution du dosage <input type="checkbox"/> Changement de médicament <input type="checkbox"/> Autres
<i>Signature du professionnel</i>	<i>Signature</i>	<i>Signature</i>	<i>Signature</i>
<i>Signature du patient</i>	<i>Signature</i>	<i>Signature</i>	<i>Signature</i>