

## ÉVALUATION DU PATIENT OU DU CLIENT

### Clinique de la dépendance à la nicotine

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° \_\_\_\_\_

#### I. ANTÉCÉDENTS DE TABAGISME

1. Fumez-vous des cigarettes actuellement ?

- Tous les jours ? (Passez à la question n° 2)       À l'occasion ? (Passez à la question n° 5)       Jamais ? (Passez à la question n° 3)

##### Fumeur quotidien

2. Combien de cigarettes fumez-vous habituellement par jour ? \_\_\_\_\_ (indiquez-en le nombre)

3. Combien de cigarettes fumiez-vous par jour À L'ÉPOQUE OÙ VOUS FUMIEZ LE PLUS ?

\_\_\_\_\_ (indiquez-en le nombre)

4. À quel âge avez-vous commencé à fumer tous les jours ? \_\_\_\_\_ (indiquez l'âge)

##### Fumeur occasionnel

5. Si vous n'êtes pas un fumeur quotidien (au moins 1 cigarette par 24 h), à quelle fréquence avez-vous fumé ces 14 derniers jours ? Veuillez inscrire le nombre de cigarettes fumées chaque jour :

Lundi \_\_\_\_\_ Mardi \_\_\_\_\_ Mer. \_\_\_\_\_ Jeudi \_\_\_\_\_ Ven. \_\_\_\_\_ Sam. \_\_\_\_\_ Dim. \_\_\_\_\_

Lundi \_\_\_\_\_ Mardi \_\_\_\_\_ Mer. \_\_\_\_\_ Jeudi \_\_\_\_\_ Ven. \_\_\_\_\_ Sam. \_\_\_\_\_ Dim. \_\_\_\_\_

6. Combien de cigarettes avez-vous fumé dans les 30 derniers jours ? \_\_\_\_\_ (indiquez-en le nombre)

7. Depuis combien de temps fumez-vous une telle quantité ? \_\_\_\_\_ (indiquez le nombre de mois ou d'années)

8. À quel âge avez-vous commencé à fumer? \_\_\_\_\_

adressographe

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier n° : \_\_\_\_\_

## II. ARRÊTS PRÉCÉDENTS

9. Depuis que vous avez commencé à fumer régulièrement, quelle a été la durée maximale pendant laquelle vous n'avez pas consommé de produits du tabac ?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> je n'ai jamais arrêté | <input type="radio"/> moins d'1 jour   | <input type="radio"/> de 1 à 7 jours       |
| <input type="radio"/> de 7 à 14 jours       | <input type="radio"/> de 15 à 21 jours | <input type="radio"/> de 22 jours à 1 mois |
| <input type="radio"/> de 1 à 5 mois         | <input type="radio"/> de 6 à 11 mois   | <input type="radio"/> au moins 1 an        |

10. Décrivez les circonstances qui vous ont amené à arrêter de consommer du tabac (p.ex. hospitalisation, grossesse, décision d'arrêter, S/O)

\_\_\_\_\_

11. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? (Si oui, passez à la question n° 14)

Non  Oui

12. Pour quelle raison vous est-il difficile d'arrêter de fumer ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Parmi les raisons qui suivent, laquelle explique le mieux que vous continuiez à fumer ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> J'aime fumer             | <input type="radio"/> Je n'ai jamais fumé ou seulement quelques fois |
| <input type="radio"/> C'est trop dur d'arrêter | <input type="radio"/> Je vais prendre du poids si j'arrête           |
| <input type="radio"/> Mes amis fument          | <input type="radio"/> autre raison (précisez) _____                  |

Veillez passer à la question n° 37

14. Quelles étaient vos principales raisons pour cesser de fumer ? Veuillez cocher toutes les raisons qui s'appliquent à vous.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> souci des effets sur ma santé future | <input type="radio"/> conseil d'un médecin          |
| <input type="radio"/> effet sur ma santé actuelle          | <input type="radio"/> pressions sociales/familiales |
| <input type="radio"/> restrictions des lieux où fumer      | <input type="radio"/> coût ou raison financière     |
|  | <input type="radio"/> autre raison (précisez)       |

15. L'an dernier, combien de fois avez-vous arrêté de fumer pendant au moins 24 heures ?  
\_\_\_\_\_ (de 0 à 365 jours)

adressographe

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° : \_\_\_\_\_

16. Quand avez-vous essayé d'arrêter de fumer pour la dernière fois ?

- le mois dernier
- au cours des 6 derniers mois
- cela fait de 7 mois à un an
- cela fait plus d'un an

17. Quelles méthodes avez-vous utilisées lors de vos dernières tentatives pour arrêter de fumer ?  
Veuillez cocher toutes les méthodes essayées.

- arrêt brusque
- arrêt progressif, réduction progressive
- acupuncture
- hypnose
- programme offert en établissement
- consultation personnalisée d'un médecin ou autre professionnel de la santé
- programme théorique (en classe, discussion de groupe etc.)
- traitement de remplacement de la nicotine (gomme/timbre à la nicotine, Zyban)
- recours à des ouvrages d'auto-assistance (précisez) \_\_\_\_\_
- programme d'abandon du tabac (p. ex. en groupes de discussion)
- autres méthodes \_\_\_\_\_

18. Quels symptômes avez-vous ressentis, le cas échéant, quand vous avez arrêté de fumer ?  
Veuillez cocher tous les symptômes ressentis.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> agitation                   | <input type="radio"/> frustration            |
| <input type="radio"/> angoisse                    | <input type="radio"/> fatigue                |
| <input type="radio"/> baisse du rythme cardiaque  | <input type="radio"/> impatience             |
| <input type="radio"/> colère                      | <input type="radio"/> irritabilité           |
| <input type="radio"/> constipation                | <input type="radio"/> nervosité              |
| <input type="radio"/> dépression                  | <input type="radio"/> réveil la nuit         |
| <input type="radio"/> désir de fumer              | <input type="radio"/> tremblements           |
| <input type="radio"/> difficulté à dormir         | <input type="radio"/> somnolence             |
| <input type="radio"/> difficulté de concentration | <input type="radio"/> transpiration          |
| <input type="radio"/> état de besoin              | <input type="radio"/> vertiges               |
| <input type="radio"/> étourdissement              | <input type="radio"/> aucun de ces symptômes |
| <input type="radio"/> faim                        | <input type="radio"/> autre (précisez) _____ |

adressographe

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° : \_\_\_\_\_

19. Si vous fumez de nouveau, qu'est-ce qui vous a amené à reprendre ?

\_\_\_\_\_

**Gomme à la nicotine**

20. Avez-vous déjà mâché de la gomme à la nicotine pour vous aider à arrêter de fumer ?

Non  Oui

a) Dans la négative, veuillez passer à la section « Timbre à la nicotine ».

b) Dans l'affirmative, combien de gommes preniez-vous en moyenne par jour ?

- de 1 à 5       de 6 à 10       de 11 à 15       de 16 à 20  
 au moins 21     je ne sais pas / je n'en suis pas sûr

21. Quelle dose de nicotine cette gomme contenait-elle ?

- 2 mg       4 mg       je ne sais pas / je n'en suis pas sûr

22. Pendant combien de temps avez-vous pris de la gomme ?

- moins d'une semaine     de 1 à 6 semaines       de 7 à 12 semaines  
 de 13 à 20 semaines     plus de 21 semaines  
 je ne sais pas / je n'en suis pas sûr

23. Avez-vous réussi à arrêter de fumer en prenant de la gomme à la nicotine ?

Non  Oui

24. Avez-vous arrêté de prendre de la gomme à la nicotine à cause de ses effets secondaires ?

Non  Oui

Si oui, indiquez quels étaient les effets secondaires :

i. \_\_\_\_\_ ii. \_\_\_\_\_



Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° : \_\_\_\_\_

**Timbre à la nicotine**

25. Avez-vous déjà utilisé des timbres à la nicotine pour vous aider à arrêter de fumer ?  
o Non o Oui

- a) Dans la négative, passez à la question sur « Zyban »
- b) Dans l'affirmative, laquelle des marques suivantes avez-vous utilisée ?
  - o Habitrol (21 mg, 14 mg, 7 mg)
  - o Nicoderm (21 mg, 14 mg, 7 mg)
  - o Nicotrol (15 mg, 10 mg, 5 mg)
  - o Prostep (22 mg, 11 mg)
  - o autre (précisez) \_\_\_\_\_
  - o je ne sais pas / je n'en suis pas sûr

26. Quelle était la dose journalière maximale ? (Nous voulons savoir quelle était la plus forte dose utilisée, si vous avez utilisé plus d'un timbre à la fois)

- o moins de 10 mg
- o de 10 à 19 mg
- o de 20 à 29 mg
- o de 30 à 39 mg
- o 40 à 49 mg
- o 50 mg ou plus
- o je ne sais pas / je n'en suis pas sûr

27. Quel était le nombre maximal de timbres que vous ayez mis à la fois ? \_\_\_\_\_

28. Pendant combien de semaines avez-vous utilisé des timbres à la nicotine ?

- o moins d'une semaine
- o de 1 à 6 semaines
- o de 7 à 12 semaines
- o de 13 à 20 semaines
- o plus de 20 semaines
- o je ne sais pas / je n'en suis pas sûr

29. Avez-vous réussi à arrêter de fumer en utilisant des timbres à la nicotine ?  
o Non o Oui

30. Avez-vous arrêté d'utiliser des timbres à la nicotine à cause des effets secondaires ?

Si oui, veuillez décrire ces effets : o Non o Oui

i. \_\_\_\_\_ ii. \_\_\_\_\_



Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° : \_\_\_\_\_

**Zyban ® aussi connu sous le nom de Wellbutrin ® ou Bupropion ®**

31. Avez-vous déjà pris des médicaments tels que Zyban pour vous aider à arrêter de fumer ?  
o Non o Oui

- a. Dans la négative, veuillez passer à la section « Motivation ou soutien social »
- b. Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

32. Quelle était votre dose quotidienne maximale ? \_\_\_\_\_

33. Pendant combien de semaines avez-vous pris du Zyban ? \_\_\_\_\_

34. Avez-vous réussi à arrêter de fumer en utilisant Zyban ? o Non o Oui

35. Avez-vous arrêté d'utiliser Zyban à cause des effets secondaires ? o Non o Oui

Si oui, veuillez décrire ces effets :

- i. \_\_\_\_\_
- ii. \_\_\_\_\_

36. Avez-vous suivi un autre traitement quelconque combiné à la prise de Zyban ?  
Si oui, veuillez indiquer le traitement suivi : o Non o Oui

- o timbre o gomme o autre médicament \_\_\_\_\_
- o autre traitement (p. ex. acupuncture) \_\_\_\_\_

**III. MOTIVATION OU SOUTIEN SOCIAL :**

37. Est-ce que vous prévoyez sérieusement d'arrêter de fumer définitivement ?  
o Non o Oui

- o oui, j'ai déjà arrêté o oui, à cette consultation o oui, demain
- o oui, au cours des 30 prochains jours o oui, au cours des 6 mois à venir
- o oui, l'année prochaine o je suis indécis o je ne prévois pas arrêter définitivement

adressographe

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° : \_\_\_\_\_

38. Quel degré d'importance accordez-vous au fait d'arrêter de fumer (1 = pas important du tout ; et 10 = très important) ? Veuillez cocher la réponse pertinente.

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

39. Quel degré de confiance avez-vous quant à votre capacité d'arrêter de fumer (1 = pas du tout confiant ; 10 = tout à fait confiant) ? Veuillez cocher la réponse pertinente.

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

40. Quelle est la raison la plus importante qui vous incite à vouloir réduire votre consommation de tabac ou à vouloir arrêter de fumer ?

\_\_\_\_\_ (précisez)                       je ne veux pas arrêter de fumer

41. Quels sont les obstacles qui vous empêchent d'arrêter de fumer ou de ne pas recommencer à fumer ?

i. \_\_\_\_\_                      ii. \_\_\_\_\_

42. Y a-t-il une personne avec laquelle vous vivez qui fume ou consomme du tabac régulièrement ?

Non     Oui

a. dans la négative, passez à la question n° 44

b. dans l'affirmative, veuillez indiquer :

i. Nom(s) \_\_\_\_\_                      ii. Lien : \_\_\_\_\_

43. Le client ou le patient essaie-t-il d'arrêter de fumer ? Si oui, par quelles méthodes ?

Non     Oui

i. \_\_\_\_\_                      ii. \_\_\_\_\_

44. Êtes-vous prêt à fixer une date pour arrêter de fumer ?

Non     Oui

Date d'arrêt définitif (le cas échéant)

\_\_\_\_\_ (jj/mm/année)

\_\_\_\_\_ (jj/mm/année)

adressographe

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° : \_\_\_\_\_

**ÉTAPE DU CHANGEMENT**  
 inaction    prise de conscience    préparation    action    maintien

PLAN DE TRAITEMENT	OUI	NON
Évaluation médicale (nom du médecin)		
Traitement individuel (nom du thérapeute)		
Thérapie de groupe (nom du groupe)		
Counseling alimentaire		
Programme d'exercices physiques		
Gestion du stress / capacités d'adaptation		
Date de suivi (jj/mm/année)		
Autre (veuillez préciser)		

**COMMENTAIRES :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du thérapeute (caractères moulés)

Signature et titres de compétences