



# SUIVI PERSONNALISÉ par le PROFESSIONNEL DE SANTÉ

NOM : .....  
PRÉNOM : .....



Une **AIDE À VOS PATIENTS**  
pour **SE LIBÉRER DU TABAC**



Pierre Fabre  
Medical Care

## RÉCAPITULATIF DU SUIVI



### Les rendez-vous

#### 1er RDV

Date :

#### J+7

Date :

#### M+1

Date :

#### M+2

Date :

#### M+3

Date :

#### Entretiens facultatifs

#### M+4

Date :

#### M+5

Date :

#### M+6

Date :

#### C'est parti !

Date :

#### On fait le point !

Date :

#### On s'accroche !

Date :

#### On concrétise !

Date :

#### On passe la ligne !

Date :

#### On continue !

Date : \_\_\_\_\_

#### On se maintient !

Date : \_\_\_\_\_

#### On finit en beauté !

Date : \_\_\_\_\_



## 1<sup>ER</sup> RENDEZ-VOUS : C'EST PARTI !

**Quelles sont vos motivations ?**  
**Pourquoi avez-vous décidé aujourd'hui d'arrêter de fumer ?**

- ☐ - Protéger ma santé
- ☐ - Retrouver une bonne condition physique
- ☐ - Protéger la santé de mon entourage
- ☐ - Retrouver le goût, l'odorat et mieux respirer
- ☐ - Faire des économies
- ☐ - Être mieux dans ma peau
- ☐ - Faire plaisir à mes proches
- ☐ - Ne plus être dépendant
- ☐ - Mieux respirer
- ☐ - Accompagner un proche
- ☐ - Ne plus être imprégné de l'odeur
- ☐ - Retrouver une bonne haleine
- ☐ - Autre

.....

## Avez-vous des craintes à l'arrêt ?

- ☐ - Aucune
- ☐ - Pulsion à recommencer
- ☐ - Irritabilité
- ☐ - Tristesse / Dépression
- ☐ - Agitation / Nervosité
- ☐ - Difficultés de concentration
- ☐ - Troubles du sommeil
- ☐ - Anxiété
- ☐ - Autres

.....

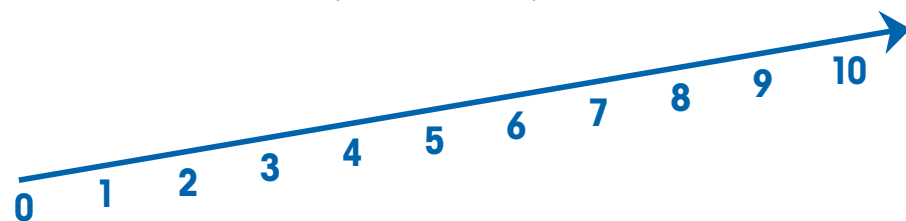
## Avez-vous confiance en vous ?

Si vous arrêtiez de fumer aujourd'hui,  
à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?

Placez-vous sur une échelle de 0 à 10 :

- 0 signifie « je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas »
- 10 signifie « je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai »

Entourez le chiffre correspondant à la réponse.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Âge de la première cigarette : \_\_\_\_\_

Nombre de cigarettes par jour : \_\_\_\_\_

Nombre de tentatives d'arrêt : \_\_\_\_\_

Par quels moyens : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

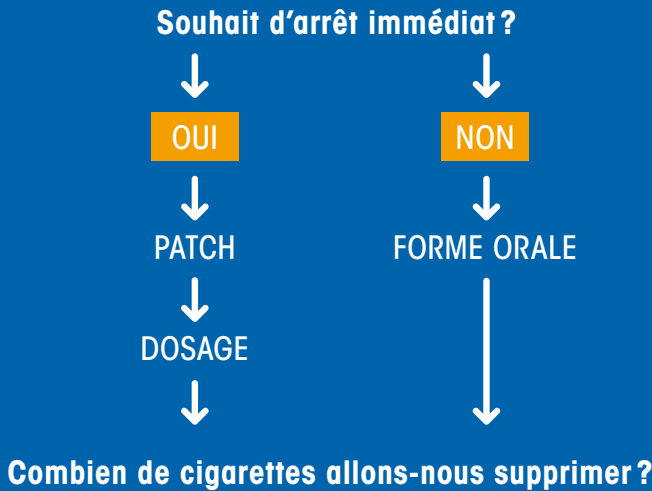
# LES DIFFÉRENTES DÉPENDANCES AU TABAC & VOS OBJECTIFS

La dépendance au tabac est triple : physique, comportementale & psychologique



## → LA DÉPENDANCE PHYSIQUE

Nous allons évaluer votre dépendance physique à la nicotine pour déterminer la dose de nicotine nécessaire pour débuter votre sevrage grâce au test de Fagertröm



L'OBJECTIF FIXÉ EST DONC :

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |



## → LA DÉPENDANCE PSYCHOLOGIQUE & COMPORTEMENTALE

Certaines de vos cigarettes ne sont pas liées à la dépendance physique mais plutôt à une situation systématiquement répétée : café, pause, téléphone, voiture, ordinateur, etc. Ce sont des **rituels** ou des **réflexes** que vous ne maîtrisez plus.

Les identifier vous permettra d'en supprimer une partie et de reprendre le contrôle de votre consommation :

- « Est-ce que j'en ai vraiment envie ? »,
- « Est-ce que j'en ai vraiment besoin ? »,
- « Qu'est-ce qu'elle va m'apporter ? »

**Selon vous, combien de cigarettes réflexes fumez-vous ? Pensez-vous que nous pouvons en supprimer ?**

D'autres cigarettes sont liées à vos émotions : stress, anxiété, convivialité, fêtes, etc.

Il faut anticiper en se demandant ce que l'on va faire à ce moment :

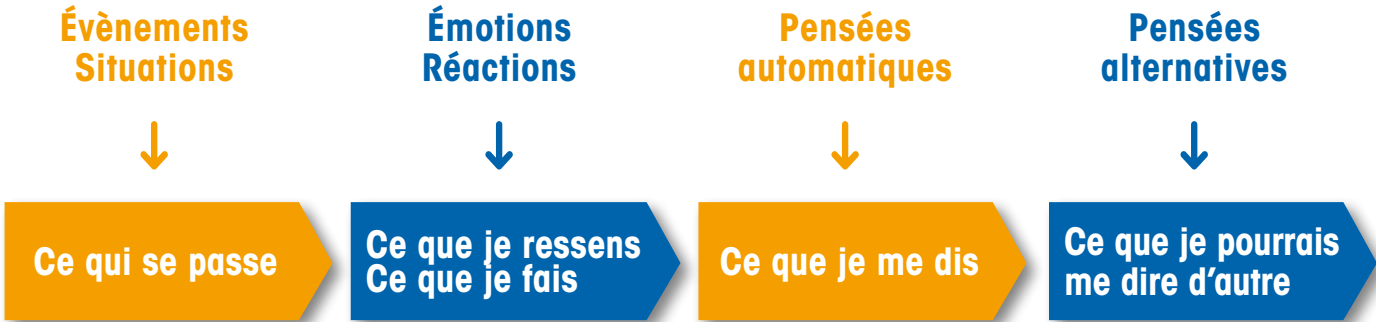
« Je suis invité à une soirée, il va y avoir des fumeurs, comment vais-je faire ? »

« Remplir les colonnes de Beck (cf. Carnet patient) vous permettra de trouver des stratégies de remplacement ».

# POUR ANTICIPER LES SITUATIONS À RISQUES

## LES COLONNES DE BECK

Les colonnes de Beck sont une technique qui permet au patient de mettre en évidence ses pensées dysfonctionnelles entraînant un comportement inadapté. Il s'agit d'un tableau à 4 colonnes que l'on remplit de gauche à droite. Par exemple : « J'ai envie de fumer, je suis nul, je ne vais jamais y arriver, je dois continuer à me battre. »



|                                                              |   |                                              |   |                                         |   |                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------|---|-----------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------|
| « Je suis chez des amis, il y a une bonne ambiance »         | → | Content, j'allume une cigarette              | → | Juste une, pour une fois !              | → | Tout va bien... et je risque de me faire avoir...                                  |
| « Mon chef / mon conjoint / etc. m'a fait des reproches... » | → | Découragé, frustré, j'allume une cigarette   | → | Ça va me calmer                         | → | Ça ne règle rien... et je vais avoir 2 problèmes si en plus je recommence à fumer  |
| « Mon fils est malade... »                                   | → | Anxieux, stressé, j'allume une cigarette     | → | Ce n'est pas pareil, il faut faire face | → | D'abord penser à me détendre et à lâcher prise. Fumer ne règlera pas les problèmes |
| « J'ai du mal à me concentrer sur mon travail. »             | → | Fatigué, abattu, je fais une pause cigarette | → | Ça va me stimuler                       | → | Marcher dehors pour changer d'air me fera plus de bien                             |



TESTEZ VOTRE DÉPENDANCE

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes

Entre 6 et 30 minutes

Entre 31 et 60 minutes

Après 60 minutes

■ 3

■ 2

■ 1

■ 0

Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui

Non

■ 1

■ 0

À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?

La première

N'importe quelle autre

■ 1

■ 0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins

11 à 20

21 à 30

31 ou plus

■ 0

■ 1

■ 2

■ 3

Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

Oui

Non

■ 1

■ 0

Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui

Non

■ 1

■ 0

VOTRE SCORE



Score de 0 à 2  
**VOUS N'ÊTES PAS DÉPENDANT À LA NICOTINE.**  
Vous pouvez arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Si toutefois vous redoutez cet arrêt, prenez conseil auprès de votre pharmacien ou de votre médecin.

Score de 3 à 4  
**VOUS ÊTES FAIBLEMENT DÉPENDANT À LA NICOTINE.**

Score de 5 à 6  
**VOUS ÊTES MOYENNEMENT DÉPENDANT À LA NICOTINE.**  
L'utilisation de substituts nicotiniques va augmenter vos chances de réussite. Le conseil de votre médecin ou de votre pharmacien sera utile pour vous aider à choisir le traitement le plus adapté à votre cas.

Score de 7 à 10  
**VOUS ÊTES FORTEMENT OU TRÈS FORTEMENT DÉPENDANT À LA NICOTINE.**  
L'utilisation de substituts nicotiniques est recommandée pour vous aider à surmonter cette dépendance à la nicotine. Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. Prenez conseil auprès de votre pharmacien ou médecin, éventuellement dans le cadre d'une consultation spécialisée d'aide au sevrage tabagique.

ARRÊTER DE FUMER, CE SONT :



DES AVANTAGES

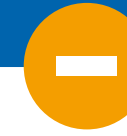


DES INCONVÉNIENTS

CONTINUER DE FUMER, CE SONT :



DES AVANTAGES



DES INCONVÉNIENTS

## J+0 → ON SE LANCE

**Traitement d'aide  
à l'arrêt du tabac:**

**Autres  
traitements:**

Date : \_\_\_\_\_  
Bilan du premier rendez-vous : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Date du prochain RDV : \_\_\_\_\_

## J+7 → ON A FAIT LE POINT

**Traitement d'aide  
à l'arrêt du tabac:**

**Autres  
traitements:**

Date : \_\_\_\_\_  
Observation : \_\_\_\_\_  
Ressentis / Difficultés : \_\_\_\_\_  
Evaluation du sommeil : \_\_\_\_\_  
Evaluation de l'anxiété : \_\_\_\_\_  
Evaluation du transit : \_\_\_\_\_  
Evaluation du poids : \_\_\_\_\_  
Mesure du CO : \_\_\_\_\_  
Nouvel objectif : \_\_\_\_\_  
Date du prochain RDV : \_\_\_\_\_

## M+1 → ON S'ACCROCHE

**Traitement d'aide  
à l'arrêt du tabac:**

**Autres  
traitements:**

Date : \_\_\_\_\_  
Observation : \_\_\_\_\_  
Ressentis / Difficultés : \_\_\_\_\_  
Evaluation du sommeil : \_\_\_\_\_  
Evaluation de l'anxiété : \_\_\_\_\_  
Evaluation du transit : \_\_\_\_\_  
Evaluation du poids : \_\_\_\_\_  
Mesure du CO : \_\_\_\_\_  
Nouvel objectif : \_\_\_\_\_  
Date du prochain RDV : \_\_\_\_\_

## M+2 → ON CONCRÉTISE

**Traitement d'aide  
à l'arrêt du tabac:**

**Autres  
traitements:**

Date : \_\_\_\_\_  
Observation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ressentis / Difficultés : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Evaluation du sommeil : \_\_\_\_\_  
Evaluation de l'anxiété : \_\_\_\_\_  
Evaluation du transit : \_\_\_\_\_  
Evaluation du poids : \_\_\_\_\_  
Mesure du CO : \_\_\_\_\_  
Nouvel objectif : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Date du prochain RDV : \_\_\_\_\_

## M+3 → ON PASSE LA LIGNE !

**Traitement d'aide  
à l'arrêt du tabac:**

**Autres  
traitements:**

Date : \_\_\_\_\_  
Observation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ressentis / Difficultés : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Evaluation du sommeil : \_\_\_\_\_  
Evaluation de l'anxiété : \_\_\_\_\_  
Evaluation du transit : \_\_\_\_\_  
Evaluation du poids : \_\_\_\_\_  
Mesure du CO : \_\_\_\_\_  
Nouvel objectif : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Date du prochain RDV : \_\_\_\_\_

M+4 → ON CONTINUE

Traitement d'aide  
à l'arrêt du tabac :

Autres  
traitements :

Date : \_\_\_\_\_  
Observation : \_\_\_\_\_  
Ressentis / Difficultés : \_\_\_\_\_  
Evaluation du sommeil : \_\_\_\_\_  
Evaluation de l'anxiété : \_\_\_\_\_  
Evaluation du transit : \_\_\_\_\_  
Evaluation du poids : \_\_\_\_\_  
Mesure du CO : \_\_\_\_\_  
Nouvel objectif : \_\_\_\_\_  
Date du prochain RDV : \_\_\_\_\_

M+5 → ON SE MAINTIENT

Traitement d'aide  
à l'arrêt du tabac :

Autres  
traitements :

Date : \_\_\_\_\_  
Observation : \_\_\_\_\_  
Ressentis / Difficultés : \_\_\_\_\_  
Evaluation du sommeil : \_\_\_\_\_  
Evaluation de l'anxiété : \_\_\_\_\_  
Evaluation du transit : \_\_\_\_\_  
Evaluation du poids : \_\_\_\_\_  
Mesure du CO : \_\_\_\_\_  
Nouvel objectif : \_\_\_\_\_  
Date du prochain RDV : \_\_\_\_\_

M+6 → ON FINIT EN BEAUTÉ

Traitement d'aide  
à l'arrêt du tabac :

Autres  
traitements :

Date : \_\_\_\_\_  
Observation : \_\_\_\_\_  
Ressentis / Difficultés : \_\_\_\_\_  
Evaluation du sommeil : \_\_\_\_\_  
Evaluation de l'anxiété : \_\_\_\_\_  
Evaluation du transit : \_\_\_\_\_  
Evaluation du poids : \_\_\_\_\_  
Mesure du CO : \_\_\_\_\_  
Nouvel objectif : \_\_\_\_\_  
Date du prochain RDV : \_\_\_\_\_



RÉSULTATS DES TESTS



RÉSULTAT TEST DE FAGERSTRÖM

\_\_\_\_\_

RÉSULTAT TEST RICHMOND

\_\_\_\_\_

|                     | DATE DE LA<br>MESURE DE CO | NIVEAU<br>DE PPM |
|---------------------|----------------------------|------------------|
| 1 <sup>er</sup> RDV |                            |                  |
| J+7                 |                            |                  |
| M+1                 |                            |                  |
| M+2                 |                            |                  |
| M+3                 |                            |                  |
| M+4                 |                            |                  |
| M+5                 |                            |                  |
| M+6                 |                            |                  |



