Questionnaire  T1:



# Préparation au programme :

**« Se libérer sereinement du tabac »**

Nom : ………………………………………………..

Prénom : ……………………………………………..

## Date

### Jour Mois Année

#### ***I Données personnelles***

- Nom et prénom :……………………………………………………………

- Adresse : ……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………...

- Code postal : ……………… Ville : ……………………..………

- Pays :……………………

- N° de téléphone : ………………………………

- N° de portable : ………………………………..

- Email : ………………………………………………………………

- Date de naissance : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Jour Mois Année

- Sexe : H F

-Taille : …………….cm

- Poids : ……………Kg

- Quelle est votre situation professionnelle actuelle?

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

- Comment avez-vous connu ce programme?

Par le web, après une recherche

Par une connaissance

Par un pharmacien

Par un médecin libéral

Par un médecin du travail

Autre

#### ***I Symptômes ou pathologies***

##### Si vous avez des doutes concernant les réponses cochez : inconnu

###### Connu Inexistant Inconnu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Maladies cardiovasculaires :** | | | |
| * Athérosclérose |  |  |  |
| * Hypertension |  |  |  |
| * Angine de poitrine |  |  |  |
| * Infarctus |  |  |  |
| * Troubles du rythme |  |  |  |
| * Insuffisance cardiaque |  |  |  |
| * Troubles du métabolisme des graisses |  |  |  |
| * A.V.C. |  |  |  |
| * Troubles circulatoires de la région génitale |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Troubles endocriniens :** | | | |
| * Hyperthyroïdie |  |  |  |
| * Hypothyroïdie |  |  |  |
| * Goitre |  |  |  |
| * Thyroïdite auto-immune |  |  |  |
| * Diabète insulinodépendant |  |  |  |
| * Diabète de type II |  |  |  |
| * Excès pondéral |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Troubles neurologiques :** | | | |
| * Dépression |  |  |  |
| * Stress |  |  |  |
| * Anxiété |  |  |  |
| * Angoisse |  |  |  |
| * Troubles du sommeil |  |  |  |
| * Apnées |  |  |  |
| * Troubles de la mémoire |  |  |  |
| * Troubles de la concentration |  |  |  |
| * Epilepsie |  |  |  |
| * Sclérose en plaques |  |  |  |

###### Connu Inexistant Inconnu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aspects psychologiques :** | | | |
| * Environnement familial perturbé |  |  |  |
| * Conflits conjugaux |  |  |  |
| * Agressivité - colère |  |  |  |
| * Hyperémotivité |  |  |  |
| * Cercle vicieux lié à l'angoisse |  |  |  |
| * Sentiments de culpabilité excessifs |  |  |  |
| * Critiques fréquentes de l'autre |  |  |  |
| * Changement de l'image de son propre corps |  |  |  |
| * Dépression |  |  |  |
| * Diminution de la libido |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aspects sociologiques :** | | | |
| * Insécurité économique |  |  |  |
| * Impression d’echec professionnel |  |  |  |
| * Stress professionnel |  |  |  |
| * Pauvreté de la vie sociale |  |  |  |

**Etes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs maladies cardiovasculaires ci-dessous?**

- Un infarctus du myocarde, angine de poitrine : Oui Non

- Un incident vasculaire cérébral : Oui Non

- Une artérite des membres inférieurs : Oui Non

**Etes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes?**

- Un cancer du poumon, de la gorge, du larynx : Oui Non

- Une bronchite chronique : Oui Non

- de l'asthme : Oui Non

**Prenez-vous assez régulièrement les médicaments suivants?**

- Des tranquillisants : Oui Non

- Des antidépresseurs : Oui Non

- Un traitement de substitution (subutex-métadone) : Oui Non

**Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour?**

- Une dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt total

ou partiel de l'activité : Oui Non

#### ***II Médication en cours et posologie***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

#### ***III Données concernant votre tabagisme***

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette? à \_ \_ \_ ans

A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement? à \_ \_ \_ ans

Combien d'années de tabagisme?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

S'est-il passé quelque chose de pénible dans votre vie peu avant l'époque où vous avez fumé?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous eu un ou des parents fumeurs?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Combien de cigarettes par jours?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Marque?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Combien de mg de nicotine (voir sur le paquet)?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Inhalez-vous la fumée?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Inhalez-vous intensément?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Laissez-vous brûler la cigarette dans le cendrier?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fumez-vous la cigarette en entier?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pourcentage de cigarettes non fumées?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dose de nicotine par jour?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Combien de cigarettes vous donnent du plaisir sur une journée?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous décidé d'arrêter de fumer vous-même? Oui

Non

Souhait

Obligation

Qu'est-ce qui a déclenché votre décision?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Vos motivations (même les plus petites)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Qu'allez-vous perdre en arrêtant de fumer?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Qu'allez-vous gagner en devenant un ex-fumeur?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Vos appréhensions à l'idée d'arrêter de fumer?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer? Oui Non

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

De quelle manière?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Combien de temps a duré votre arrêt le plus long?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Quelle est la date de votre dernière tentative?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Quels troubles avez-vous ressentis à l'arrêt du tabac?

Aucun

Pulsion à fumer

Irritation, colère

Agitation, nervosité

Anxiété

Tendance dépressive

Difficulté de concentration

Troubles du sommeil

Augmentation de l'appétit

Autres

Lesquels? ……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………

Avez-vous pris du poids en arrêtant de fumer? Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir recommencé à fumer? (Par ordre d'importance)

1 ………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

2 ………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

3 ………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

4 ………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

#### ***IV Consommation de boissons alcoolisées***

- Combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour? ………………………

(1 verre de vin = 1 apéritif = 1 demi de bière).

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer

votre consommation de boissons alcoolisées? Oui Non

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des

remarques au sujet de votre consommation? Oui Non

Avez-vous déjà l'impression que vous buviez trop? Oui Non

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin

pour vous sentir en forme? Oui Non

Additionnez vos réponses (1 point par réponse "oui") Total : ……………

- Autre dépendances : Oui Non

Si vous consommez d'autres produits et substances, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

#### ***V Vos habitudes alimentaires***

Combien de tasses de café buvez-vous par jour? ……………………………………………..

Combien de repas prenez-vous par jour? ……………………………………………………..

- Vous arrive-t-il fréquemment de sauter un repas? Oui Non

- Avez-vous tendance à grignoter entre les repas? Oui Non

- Votre poids est-il stable? Oui Non

- Avez-vous eu des variations importantes de

poids dans votre vie? Oui Non

- Si oui, à quelle(s) occasion(s)?……………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………