

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

<u>Maladies cardiovasculaires :</u>			
• Athérosclérose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles du métabolisme des graisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A.V.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles circulatoires de la région génitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Troubles endocriniens :</u>			
• Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Goitre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Thyroïdite auto-immune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabète insulino-dépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabète de type II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Excès pondéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Troubles neurologiques :</u>			
• Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Apnées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles de la concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Connu Inexistant Inconnu

Aspects psychologiques :

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Environnement familial perturbé | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Conflits conjugaux | | | <input type="checkbox"/> |
| • Agressivité - colère | <input type="checkbox"/> | | |
| • Hyperémotivité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cercle vicieux lié à l'angoisse | | | <input type="checkbox"/> |
| • Sentiments de culpabilité excessifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Critiques fréquentes de l'autre | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| • Changement de l'image de son propre corps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dépression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diminution de la libido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aspects sociologiques :

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Insécurité économique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Impression d'échec professionnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Stress professionnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pauvreté de la vie sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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)?.....

.....

.....