

*Identification du Tabacologue
et/ou CAF*

1

Destinataire

2

.....**3**.....le**4**.....

Docteur, Cher(e) Collègue,

Mme, Mlle, M.**5**....., né(e) le**6**..... s'est présenté(e)
à la consultation de tabacologie ce**7**.....

Consommation

Âge du début du tabagisme **8** ans
Type(s) de consommation **9**

Dépendance physique à la nicotine

1. Test de Fagerström **10**
2. Taux de CO expiré : **11**

Aspect(s) psychologique(s)

Tendance anxiété dépression (HAD) : Score anxiété :/21 Score dépression :/21 **12**
Commentaires sur les aspects psychologiques**13**

Objectif actuel du patient

14
15

Traitement médicamenteux proposé

16
17

Le suivi est assuré par :**18**.....

Prochaine consultation:**19**.....

Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire.
Bien à vous.

Signature du Tabacologue/CAF **20**

Correspondance des champs :

1. Nom de l'intervenant ou Nom de la structure (partie intervenants)
2. *Remplissage à la main*
3. Localité de la structure (partie intervenants)
4. Date du jour
5. Nom et prénom du patient ou vide si encodage anonyme (onglet Signalétique)
6. Date de naissance du patient (onglet Signalétique)
7. Date de la consultation (onglet Signalétique)
8. Age du début du tabagisme (onglet Signalétique)
9. Produits fumés + Quantification du produit fumé (onglet Evaluation)
10. Valeur obtenue (chiffre entre 0 et 10 + interprétation textuelle de la dépendance) pour le test de Fagerström (onglet Evaluation)
11. Valeur CO (onglet Evaluation)
12. Scores HAD (onglet Psy)
13. Commentaires de bas de page (onglet Psy)
14. Objectif déclaré (onglet Demande/Motivation)
15. Commentaires (onglet Demande/Motivation)
16. Traitement médicamenteux prescrit (onglet Traitement)
17. Commentaires de bas de page (onglet Traitement)
18. *Remplissage à la main*
19. Date de la prochaine consultation (onglet Administratif)
20. *Remplissage à la main (signature)*