**Sevrage tabagique Document de suivi (AR 31 aout 2009) (Annexe 2 charte CAF)**

**Identification du patient**

**Nom : ………………………………. Prénom :……………………………………..**

**Date de naissance :………………………….**

**Historique du tabagisme/ vapotage (initiation, tentatives, arrêts,…)**

**Evaluation de la dépendance tabagique (ex : test de Fagerström)**

**Evaluation de la motivation à l’arrêt**

**Valeur du CO expiré**

**Evaluation de la présence d’anxiété et/ou de dépression (ex : HAD : hospital anxiety and depression scale)**

**Utilisation d’une spécialité pharmaceutique spécifique (ex : traitement nicotinique de substitution)**

**Dates des consultations**

**Résultats**

*Réduction tabagique (en %) Vapotage sans / avec nicotine : ml/jour : ……....*

*Arrêt tabagique* ***programmé*** *(date) : …………………...Arrêt tabagique* ***effectif****.(date) : …………………*

*Rechute (date) : …………………………………………..*