

## Sevrage tabagique - Document de suivi n°76 (AR du 31.08.2009)

**Identification du patient:**

Nom: .....  
Prénom: .....  
Adresse: .....  
Date de naissance: ...../...../.....

**Historique du tabagisme (initiation, tentatives, arrêts, ...)**

.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

**Mesures de CO**

.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

**Date des séances:** ..... / ..... / .....    ..... / ..... / .....    ..... / ..... / .....  
..... / ..... / .....    ..... / ..... / .....    ..... / ..... / .....