

Évaluation initiale – Abandon du tabac

Cet outil doit être utilisé avec l'Algorithme, pharmacothérapie pour l'abandon tabagique – Pharmaciens canadiens, accessible au <https://psfcnetwork.com/wp-content/uploads/2020/05/Algorithme-pharmacoth%C3%A9rapie-pour-labandon-tabagique-Feb-2020.pdf>

Date : _____
(JJ/MM/AA)

Magasin : _____

Initiales du (de la) pharmacien(ne) : _____

À REMPLIR PAR LE CLIENT (ou un membre du personnel de la pharmacie)

À propos de vous :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Coordonnées :

Téléphone : (____) _____ - Courriel : _____

Date de naissance : _____ N° d'assurance maladie : _____
(JJ/MM/AA)

Votre consommation actuelle de tabac ou de cigarette électronique (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :

<input type="checkbox"/> Cigarettes	<input type="checkbox"/> J'en fume chaque jour	Combien? <input type="checkbox"/> Moins de 10 <input type="checkbox"/> 10 à 19 <input type="checkbox"/> 20 à 29 <input type="checkbox"/> 30 à 39 <input type="checkbox"/> 40 ou + (préciser) : _____
	<input type="checkbox"/> Je n'en fume pas chaque jour	Combien et à quelle fréquence? _____
<input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Cigarillos	<input type="checkbox"/> J'en fume chaque jour	
	<input type="checkbox"/> Je n'en fume pas chaque jour	Combien et à quelle fréquence? _____
<input type="checkbox"/> Tabac à chiquer ou à priser <input type="checkbox"/> Narguilé/chicha	<input type="checkbox"/> J'en utilise chaque jour	
	<input type="checkbox"/> Je n'en utilise pas chaque jour	Combien de fois et à quelle fréquence? _____
<input type="checkbox"/> Cigarette électronique ou vapoteuse	<input type="checkbox"/> Avec nicotine <input type="checkbox"/> Sans nicotine <input type="checkbox"/> Je ne suis pas certain(e)	Connaissez-vous la teneur en nicotine de votre liquide à vapoter, le cas échéant? _____ mg/ml ou _____ %
	<input type="checkbox"/> Je vapote chaque jour <input type="checkbox"/> Je ne vapote pas chaque jour	
		Combien de fois environ et à quelle fréquence? _____

Tentatives d'abandon – Avez-vous essayé les méthodes suivantes? Quels résultats avez-vous obtenus?

<input type="checkbox"/> Timbre de nicotine	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté pour un temps	<input type="checkbox"/> Cela n'a pas marché	<input type="checkbox"/> J'ai eu des effets secondaires désagréables
<input type="checkbox"/> Gomme à la nicotine	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté pour un temps	<input type="checkbox"/> Cela n'a pas marché	<input type="checkbox"/> J'ai eu des effets secondaires désagréables
<input type="checkbox"/> Pastille à la nicotine	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté pour un temps	<input type="checkbox"/> Cela n'a pas marché	<input type="checkbox"/> J'ai eu des effets secondaires désagréables
<input type="checkbox"/> Inhalateur de nicotine	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté pour un temps	<input type="checkbox"/> Cela n'a pas marché	<input type="checkbox"/> J'ai eu des effets secondaires désagréables
<input type="checkbox"/> Vaporisateur de nicotine	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté pour un temps	<input type="checkbox"/> Cela n'a pas marché	<input type="checkbox"/> J'ai eu des effets secondaires désagréables
<input type="checkbox"/> Bupropion/Zyban	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté pour un temps	<input type="checkbox"/> Cela n'a pas marché	<input type="checkbox"/> J'ai eu des effets secondaires désagréables
<input type="checkbox"/> Varénicline/Champix	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté pour un temps	<input type="checkbox"/> Cela n'a pas marché	<input type="checkbox"/> J'ai eu des effets secondaires désagréables
<input type="checkbox"/> Cytisine/Cravn	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté pour un temps	<input type="checkbox"/> Cela n'a pas marché	<input type="checkbox"/> J'ai eu des effets secondaires désagréables
<input type="checkbox"/> Arrêt brutal (volonté seule)	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté pour un temps	<input type="checkbox"/> Cela n'a pas marché	
<input type="checkbox"/> Tentative de réduction progressive	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté pour un temps	<input type="checkbox"/> Cela n'a pas marché	
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Hypnose <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> Acupuncture		
	Commentaires :		

Pour nous aider à choisir la méthode d'abandon qui vous convient le mieux, parlez-nous de votre mode de vie :

Consommez-vous de la caféine chaque jour (le taux sanguin de caféine augmente quand on cesse de fumer)?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> En fumant/vapotant?	Quelles boissons caféinées buvez-vous, s'il y a lieu?		
<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Thé	<input type="checkbox"/> Cola/boissons énergisantes

Fumez-vous ou vapotez-vous du cannabis?

<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, y ajoutez-vous du tabac?	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Non

Consommez-vous de l'alcool (peut interagir avec certains médicaments antitabagiques)?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> En fumant/vapotant	Si oui, à quelle fréquence ou	<input type="checkbox"/> Chaque	<input type="checkbox"/> Quelques fois par	<input type="checkbox"/> Fins de	<input type="checkbox"/> Occasions
<input type="checkbox"/> Non		en quelle occasion?	jour	semaine	semaines	spéciales

Dites-nous si vous avez (ou pensez avoir) une des affections ou un des états suivants :

<input type="checkbox"/> Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/> Hypertension	Maladie respiratoire	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Convulsions/épilepsie	<input type="checkbox"/> Problème cutané (p. ex., eczéma, psoriasis, peau sensible)	Dépression	<input type="checkbox"/> Insomnie
<input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation	<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire	Schizophrénie	<input type="checkbox"/> Anxiété

Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je suis enceinte	<input type="checkbox"/> J'essaie de devenir enceinte	<input type="checkbox"/> J'allaité
------------------------------	---	---	------------------------------------

Ce que vous voulez changer dans votre consommation de tabac :

<input type="checkbox"/> J'aimerais écraser dès que possible/ou au cours du prochain mois	<input type="checkbox"/> J'aimerais commencer par réduire ma consommation, puis arrêter plus tard
<input type="checkbox"/> J'aimerais écraser, mais je ne sais pas si je suis prêt(e) à fixer une date d'abandon	<input type="checkbox"/> J'aimerais seulement réduire ma consommation pour l'instant
<input type="checkbox"/> Autre : _____	

Avez-vous une assurance qui vous aidera à payer le coût des médicaments antitabagiques?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain
------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

À REMPLIR PAR LE (LA) PHARMACIEN(NE)

OBJECTIF :

<input type="checkbox"/> Réduire	<input type="checkbox"/> Réduire pour arrêter	Arrêter d'ici :	<input type="checkbox"/> 2 sem	<input type="checkbox"/> 4 sem	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Date de début/d'abandon : _____ <small>(JJ/MM/AA)</small>					

MÉTHODE (lors du choix, tenir compte de la médication actuelle, des contre-indications et des interactions médicamenteuses) :

Counseling :	En personne	Par téléphone	Diriger vers une ligne d'arrêt ou un autre service	Autre : _____
Médicament(s) antitabagiques (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :	<input type="checkbox"/> TRN – Timbre <input type="checkbox"/> TRN – Pastille	<input type="checkbox"/> TRN – Vaporisateur <input type="checkbox"/> Varénicline	<input type="checkbox"/> TRN – Inhalateur <input type="checkbox"/> Cytisine	<input type="checkbox"/> TRN – Gomme <input type="checkbox"/> Bupropion
Une ordonnance est-elle requise?	<input type="checkbox"/> Oui – Date de délivrance : _____ <input type="checkbox"/> Non <small>(JJ/MM/AA)</small>		<input type="checkbox"/> Date du début de la prise : _____ <small>(JJ/MM/AA)</small>	

COMMENTAIRES/DÉTAILS RELATIFS AU PLAN (détails sur la pharmacothérapie, directives particulières pour le suivi, etc.)

PROCHAIN SUIVI

Date : _____ <small>(JJ/MM/AA)</small>	Heure : _____ h	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Moyen de communication :	<input type="checkbox"/> En personne	<input type="checkbox"/> Par courriel
Pouvons-nous laisser un message?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Par téléphone	<input type="checkbox"/> Par texto	
Autre : _____					