*Identification du Tabacologue*

*et/ou CAF*

*Destinataire*

……………………le …………………………

Docteur, Cher(e) Collègue,

Mme, Mlle, M. ................................................................................, né(e) le …………….…………. s’est présenté(e) à la consultation de tabacologie ce .....................................

**Âge du début du tabagisme**  :…… ans

**Type(s) de consommation**

**□** Cigarettes industrielles (n/jour : ……) **□** Cigarillos (n/jour : ……) **□** Cigares (n/jour : ……)

**□** Tabac à rouler (g/jour : ……) **□** e-cig avec /sans nicotine : (ml/jour : ….) quotidien /occasionnel / exclusif /dual user

**□** Cannabis (n/jour : ……) **□** autre : (ex. chicha/semaine,..) : ………….

**Dépendance physique à la nicotine**

1. Test de Fagerström : **□** standard **□** court **□** Time To First Cigarette Résultat : ..../...

Dépendance : **□** nulle **□** faible **□** moyenne **□** forte **□** très forte

2. Taux de CO expiré : …..…ppm

**Aspect(s) psychologique(s)**

**Tendance anxiété dépression**

HAD : Score anxiété : ….../21 Score dépression : .…/21

**Objectif actuel du patient**

**□** Arrêt total **□** Arrêt différé après réduction de la consommation

**Traitement médicamenteux proposé**

**□** Substitution nicotinique : .

**□** Zyban **□** Champix **□** Pas de traitement médicamenteux

**□** Autre :

Le suivi est assuré par : …………………………………………….Date prévue pour la consultation suivante : ……………..………………………..……

Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien à vous.

Signature du Tabacologue/CAF