Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ÉVALUATION : THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE (TRN)

Statut tabagique

Nombre d'années de tabagisme : _____ Nombre de cigarettes par jour : _____
Nombre de tentatives d'arrêt : _____ Tentative d'arrêt la plus longue : _____
Date de la dernière tentative : _____ Durée : _____
Causes des rechutes selon usager : _____
Autres produits du tabac consommés (cigarette électronique, cigares) : _____
Autres substances (alcool, drogues, café, etc.) : _____
Effets secondaires ressentis avec l'utilisation d'une TRN antérieure : _____
_____

Motivation et confiance

Quelle importance accordez-vous au fait de cesser de fumer ? (échelle de 0 à 10) : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pour vous, les avantages et les bienfaits au fait de cesser de fumer sont :

_____
_____

Avez-vous confiance en votre capacité à cesser de fumer ? (échelle de 0 à 10) : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Qu'est-ce qui vous motive à avoir recours à une thérapie de remplacement de la nicotine aujourd'hui ? :

_____
_____

Stade de changement

Souhaitez-vous arrêter de fumer ?

- ☐ **Non** — Stade de **pré-réflexion** (pas prêt)
- ☐ **Oui,** mais dans plus d'un mois — Stade de **réflexion** (pas prêt)
- ☐ **Oui,** au cours du prochain mois — Stade de **préparation** (prêt)

Date prévue de l'arrêt tabagique : AAAA-MM-JJ ☐ Complètement ☐ Réduction graduelle (4 à 6 mois)

Histoire de santé

- ☐ Cancer : _____
- ☐ Diabète : _____
- ☐ Maladie cardiovasculaire (voir contre-indications, page 2) : _____
- ☐ Maladie pulmonaire (Asthme, bronchite chronique, emphysème) : _____
- ☐ Trouble mentaux (anxiété, dépression) : _____
- ☐ Autres : _____
- ☐ Prise de médicaments incluant des produits naturels : ☐ Liste DSQ jointe ☐ Liste pharmacie jointe

_____
_____

*Toujours référer au pharmacien pour effets possibles de la cessation sur l'action des médicaments

Nom, prénom : _____ Dossier : _____

Contre-indications générales

- ☐ Mineur de moins de 14 ans sans consentement parental
- ☐ Usager prenant déjà du tartrate de varénicline (Champix)
- ☐ Diagnostic d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral au cours des deux dernières semaines
- ☐ Diagnostic d'angine instable, sévère ou évolutive (angine de novo, crescendo ou au repos)
- ☐ Diagnostic d'arythmie sévère (tachycardie ventriculaire, fibrillation auriculaire à repos rapide)

* En présence d'une ou de plusieurs de ces contre-indications, veuillez diriger l'usager vers le médecin ou l'IPS.

Contre-indications spécifiques aux produits

- ☐ Maladie cutanée généralisée (timbre)
- ☐ Allergie aux diachylons (timbre)
- ☐ Maladie buccodentaire sévère (gomme, pastille, inhalateur, vaporisateur)
- ☐ Hypersensibilité au menthol (inhalateur, vaporisateur)

Mises en garde et précautions

- ☐ Usager asthmatique ou atteint de MPOC qui souhaite cesser de fumer avec l'inhalateur ou le vaporisateur
- ☐ Fumeur occasionnel (ne fume pas quotidiennement)
- ☐ Usager qui fume moins de 10 cigarettes par jour
- ☐ Femme enceinte ou qui allaite.
- ☐ Mineur de 12 à 18 ans

* En cas de doute, veuillez valider ou rediriger l'usager vers un Centre d'abandon du tabagisme, un médecin ou l'IPS.

Interventions

- ☐ Aucun traitement pharmacologique, raison(s) : _____
- ☐ Référer à différentes ressources ou sites internet
  - ☐ Centre d'abandon du tabagisme (CAT) : ☐ Téléphone:1-866-603-7114 ☐ Fax: 450-371-9465
    ☐ Courriel : centre.abandon.tabagisme.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
  - ☐ Application téléphone cellulaire
  - ☐ Ressources J'ARRÊTE : ☐ Internet ☐ Texto ☐ Ligne téléphonique
  - ☐ Autre(s) ressource(s) : _____

- ☐ **Usager admissible à la TRN selon évaluation**

  Préférence de l'usager quant au choix de traitement :

  ☐ Timbre ☐ Gomme ☐ Pastille ☐ Inhalateur ☐ Vaporisateur ☐ Monothérapie ☐ Thérapie combinée

  Prescription **:** _____

  _____

- ☐ **Enseignement effectué sur la TRN :**

  ☐ Posologie ☐ Mode d'emploi ☐ Effets secondaires ☐ Éléments de surveillance ☐ Éviter de boire / manger

  Commentaires : _____

  _____

Suivi

- ☐ Usager consent à la transmission d'informations intra-CISSS de la Montérégie-Ouest
- ☐ Date de suivi planifié : _____AAAA-MM-JJ_____ ☐ en personne ☐ au téléphone ☐ intervenant du CAT
- ☐ Numéro de téléphone de l'usager : _____ Meilleur moment pour le joindre : _____

Coordonnées de l'intervenant

_____	_____	_____
Nom et profession	Numéro de téléphone	Secteur d'activité
_____	_____AAAA-MM-JJ_____	_____
Signature	Date	Heure