

**DATE**

**NOM PRENOM**

**AGE**

**NUMÉRO TEL / MAIL**

**POIDS / TAILLE**

**MÉDECIN TRAITANT**

**ANTÉCÉDENTS**

MCV/RESPI/DIABETE/RCI/ONCO/PSY

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

**ALIMENTATION**

PDEJ / DEJ. / DINER / GRIGNOTAGE

**ENVIRONNEMENT FUMEUR**

FAMILLE AMIS TRAVAIL

**CONSULTATION DIET : oui non**

Contact santé croisée

**MODE DE VIE**

SPORT / ACTIVITÉ. / PROJET

**HISTOIRE TABAC**

AGE 1ère cigarette

Conso actuelle

**CONSOMMATIONS**

Café

Roulées- manufacturées

Alcool

E-cigarette : conc / volume /temps

Cannabis

Budget mensuel

**MOTIVATIONS**

Tentatives d'arrêt : qd comment ?

Circonstances rechutes

**ECHELLE DE MOTIVATION**

1.....10

**CRAINTES A L'ARRÊT**

**SCORE DE RICHMOND :**

**ECHELLE DE CONFIANCE**

1..... 10

**REPRESENTATION**

**SCORE DE FAGERSTROM :**

	BILAN INITIAL	SUIVI N°1	SUIVI N°2	SUIVI N°3	SUIVI N°4
DATE					
CONSO					
RESSENTI / DIFFICULTÉS					
POIDS					
SOMMEIL					
ANXIÉTÉ/ HUMEUR					
NOUVEL OBJECTIF PROCHAIN RDV					
PROTOCOLE : TNS / TCC /AUTRES					
DATE PROCHAIN RDV					

### REMARQUES

1/ NOMBRE DE RDV SELON BESOIN DU PATIENT :

2/PREVOIR EN FIN DE PROGRAMME UN RDV « PREVENTION DES RECHUTES »  
VOIR MODULE

3/ PENSER A REMPLIR LA FICHE « RECUEIL DES DONNÉES » POUR VOTRE REMUNERATION VOIR MODULE