

**DATE :**

**AGE :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**POIDS / TAILLE :**

**ANTÉCÉDENTS :**

MCV/RESPI/DIABETE/RCI/ONCO/PSY

**ALIMENTATION :**

PDEJ / DEJ. / DINER / GRIGNOTAGE

**CONSULTATION DIET : oui non**

**Contact santé croisée**

**NOM + PRENOMS (tous) :**

**(Nom de jeune fille au besoin)**

**Ville de Naissance :**

**NUMÉRO TEL / MAIL :**

**MÉDECIN TRAITANT :**

**SITUATION PROFESSIONNELLE :**

**ENVIRONNEMENT FUMEUR :**

FAMILLE AMIS TRAVAIL

**MODE DE VIE :**

SPORT / ACTIVITÉ. / PROJET

**CONSOMMATIONS**

Café :

Alcool :

Cannabis :

**HISTOIRE TABAC :**

AGE 1ère cigarette :

Conso actuelle :

Roulées- manufacturées :

E-cigarette : conc / volume /temps :

Budget mensuel :

Tentatives d'arrêt : qd comment ?

Circonstances rechutes :

**MOTIVATIONS :**

ECHELLE DE MOTIVATION

1.....10

SCORE DE RICHMOND :

ECHELLE DE CONFIANCE

1..... 10

FAGERSTROM

**CRAINTES A L'ARRÊT :**

**REPRÉSENTATION :**

**DÉCLENCHEURS :**

	BILAN INITIAL	SUIVI N°1	SUIVI N°2	SUIVI N°3	SUIVI N°4
DATE					
CONSO CO					
RESSENTI / DIFFICULTÉS					
POIDS TRANSIT					
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