



Rompre avec les habitudes

Boîte à outils du pharmacien pour des conseils en matière d'abandon du tabac

Formulaire d'évaluation de suivi

Date de l'évaluation : _____

Renseignements sur le patient

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance : _____ Ville/Province : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Méthode de contact ☐ En personne ☐ Téléphone ☐ Vidéoconférence ☐ Autre : _____

Objectif(s) d'arrêt/de réduction ☐ Réduction ☐ Réduction jusqu'à l'arrêt ☐ Arrêt Date d'arrêt : _____

Statut actuel d'usage du tabac ☐ Aucune réduction ☐ Réduction de (quantité par jour) : _____ ☐ Arrêt ☐ Aucun changement

Méthode actuelle pour arrêter de fumer

Autre qu'une pharmacothérapie

☐ Réduction jusqu'à l'arrêt ☐ Sevrage brutal ☐ Conseils, y compris les changements environnementaux, le soutien social et les stratégies de distraction

Pharmacothérapie					
Agent	Posologie et fréquence	Date de début	Observance (technique, calendrier, conformité)	Efficacité (statut d'usage du tabac, effet sur les fortes envies de fumer)	Tolérabilité (effets indésirables, interactions médicamenteuses)
Timbre de nicotine	Dose: ____ mg/jour ☐ 12 h ☐ 16 h ☐ 24 h				☐ Nausées ☐ Étourdissements ☐ Rêves d'apparence réelle ☐ Insomnie ☐ Irritation cutanée
Gomme à la nicotine	Dose: ☐ 2 mg ☐ 4 mg ____ unité(s)/jour ☐ Horaire ☐ Au besoin				☐ Nausées ☐ Étourdissements
Pastille à la nicotine	Dose: ☐ 1 mg ☐ 2 mg ☐ 4 mg ____ unité(s)/jour ☐ Horaire ☐ Au besoin				☐ Nausées ☐ Étourdissements
Inhalateur de nicotine	Dose: ____ cartouche(s)/jour ☐ Horaire ☐ Au besoin				☐ Nausées ☐ Étourdissements
Vaporisateur à la nicotine	Dose: ____ cartouche(s)/jour ☐ Horaire ☐ Au besoin				☐ Nausées ☐ Étourdissements
Bupropion (Zyban)	Dose:				☐ Insomnie
Varenicline (Champix)	Dose:				☐ Nausées ☐ Insomnie
Autre (précisez le nom):	Dose:				

Voir « Options de pharmacothérapie », « Consignes liées aux thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) à l'intention des pharmaciens » et « Consignes liées aux thérapies autres que les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) à l'intention des pharmaciens » afin d'en savoir plus sur la surveillance de la pharmacothérapie.

Habitudes d'usage du tabac et stratégies comportementales

Avez-vous consommé du tabac ou des produits du tabac depuis notre dernière conversation? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, avez-vous rempli le journal de tabagisme? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelles étaient les circonstances de chaque rechute?						
Date	Heure	Produit du tabac consommé	N ^{bre} de produits du tabac consommés	Endroit	Avec qui	Déclencheur

Remarque : Si le patient rechute, interrompez la thérapie de remplacement de la nicotine jusqu'à ce que le patient soit prêt à arrêter de nouveau, encouragez le patient à fixer une nouvelle date d'arrêt, discutez des raisons possibles de la rechute et aidez le patient à élaborer des stratégies pour réussir à arrêter la prochaine fois. Faites preuve d'empathie et évitez de réprimander le patient.

- Quel a été, ou quels ont été, votre ou vos plus grand(s) défi(s) depuis notre dernière conversation? Comment avez-vous géré la ou les situation(s)?
- Quel est votre plan pour faire face aux situations à haut risque (p. ex., vacances, ne pas fumer dans la voiture, sortir boire un verre avec un ami, assister à un enterrement)?
- Avez-vous des préoccupations en ce qui concerne vos efforts pour arrêter de fumer et, si oui, quelles sont les plus importantes?

Fortes envies de fumer et symptômes de sevrage de la nicotine*

Évalués à : ☐ 0 à 2 semaines ☐ 2 à 4 semaines ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 9 mois ☐ 12 mois ☐ 18 mois ☐ 24 mois
☐ Autre : _____

Symptôme	Intensité (0 = pas du tout, 10 = entièrement)	Fréquence (rare ou moins d'une fois par jour, occasionnellement ou 1 à 2 fois par jour, fréquemment)	Déclencheurs (p. ex., routine matinale, stress, environnement, alcool)
Désir de fumer (fortes envies)			
Toux			
Mains/pieds froids			
Constipation			
Essoufflement			
Production de mucosités			
Anxiété/Humeur maussade			
Irritabilité			
Augmentation de la prise de nourriture/Gain de poids			
Transpiration			
Étourdissements/Maux de tête			
Difficulté à se concentrer/Agitation			
Difficulté à dormir			
Stress			
Autre			

* La liste des paramètres de surveillance n'est pas exhaustive. Les paramètres doivent être adaptés à chaque patient.

Plan de soins

Fournir « Consignes liées aux thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) à l'intention des patients » et « Consignes liées aux thérapies autres que les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) à l'intention des patients », si nécessaire.

Retrait du programme

À tout moment après la première consultation, un patient peut décider de se retirer du programme, qu'il ait réussi à arrêter de fumer ou non. Le pharmacien doit informer le patient qui s'est retiré du programme et qui n'a pas réussi à arrêter de fumer qu'il peut se réinscrire plus tard. Si cela se produit, le pharmacien est prié de réévaluer le statut d'arrêt du patient.

☐ Le patient s'est retiré du programme visant à arrêter de fumer.

Prochain suivi

Date : _____ Heure : _____

Méthode de contact : ☐ En personne ☐ Téléphone ☐ Courriel ☐ Message texte

Autorisation de laisser un message : ☐ Oui ☐ Non

Autre : _____

RÉSERVÉ À L'USAGE DU PHARMACIEN

[Insérer/Estamper les renseignements sur la pharmacie ici]

Nom du pharmacien : _____ N° de permis du pharmacien : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature du pharmacien : _____

À conserver aux fins de documentation et de vérification, conformément à la loi provinciale.

Références :

1. Petrasko K, Reeve C. *Smoking cessation* [Internet]. 1er mai 2018. Accessible à l'adresse : <https://cps.pharmacists.ca> (abonnement requis).
2. Selby P, deRuiter W. *Tobacco use disorder: smoking cessation* [Internet]. 12 mai 2021. Accessible à l'adresse : <https://cps.pharmacists.ca> (abonnement requis).
3. Pharmacists Manitoba. (2024). *Form 1: readiness to quit* [fichier PDF]. Accessible à l'adresse : https://pharmacistsmb.ca/docs/SIBReadinesstoquit-form_FillablePDF.pdf.