



Rompre avec les habitudes

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

Arrêter de fumer – Formulaire d'évaluation initiale

Date de l'évaluation : _____

Renseignements sur le patient

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance : _____ Ville/Province : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Renseignements sur le fournisseur de soins primaires

Nom : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Antécédents médicaux

Allergies et/ou intolérances (en particulier aux traitements pour arrêter de fumer)? Oui ☐ Non ☐

Décrivez : _____

Consultation nécessaire auprès d'un médecin/infirmier praticien

Si l'un des éléments suivants est sélectionné, veuillez vous référer et ne pas poursuivre avec le formulaire

- ☐ Moins de 18 ans
- ☐ Maladie cardiovasculaire instable (2 semaines après un infarctus du myocarde, douleur thoracique persistante inexpliquée)
- ☐ Maladie psychiatrique instable
- ☐ Antécédents d'idées ou de tentatives de suicide
- ☐ Antécédents de trouble alimentaire (anorexie ou boulimie)
- ☐ Maladie du rein en phase terminale
- ☐ Signes ou symptômes d'une maladie liée au tabagisme non diagnostiquée ou mal contrôlée (MPOC, cancer du poumon)
- ☐ Toux, essoufflement, augmentation de la production/changement de couleur des expectorations d'apparition nouvelle
- ☐ Hémoptysie (sang dans les mucosités provenant de la toux)
- ☐ Perte de poids involontaire importante

Problèmes de santé chroniques

- ☐ Maladie du cœur (p. ex., arythmie, insuffisance cardiaque congestive)
- ☐ Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire
- ☐ Antécédents d'accident vasculaire cérébral/caillot sanguin
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Taux élevé de cholestérol
- ☐ Maladie pulmonaire (p. ex., MPOC, asthme)
- ☐ Autre : _____
- ☐ Cancer
- ☐ Troubles neurologiques (p. ex., antécédents de convulsions, épilepsie)
- ☐ Affections dermatologiques (p. ex., eczéma, psoriasis)
- ☐ Difficulté à dormir
- ☐ Diabète sucré (type 1 ou 2)

Antécédents de problèmes de santé mentale concomitants

- ☐ Dépression
- ☐ Anxiété
- ☐ Trouble bipolaire
- ☐ Schizophrénie
- ☐ Trouble lié à la consommation de substances
- ☐ Autre : _____

Statut de grossesse/allaitement

Grossesse? Oui ☐ Si oui, combien de semaines? _____ ☐ Tentative de devenir enceinte ☐ Allaitement

Antécédents pharmaceutiques actuels (généraux)

	Agent	Concentration	Posologie	Indication
Médicaments ou produits de santé naturels sur ordonnance/ en vente libre				

Antécédents pharmaceutiques actuels (précis)

Benzodiazépines, antipsychotiques, antidépresseurs, antiépileptiques et/ou médicaments pour soulager la douleur chronique				
Hormones (p. ex., contraceptifs oraux, hormonothérapie substitutive)				

Antécédents de tabagisme et habitudes d'usage du tabac (année en cours/écoulée)

Quel type de fumeur diriez-vous que vous êtes? ☐ Quotidien ☐ Occasionnel ☐ Social

Nombre de cigarettes fumées par jour

☐ Incertain (Demandez au patient de remplir le journal de tabagisme pendant 2 semaines)

☐ Moins de 10 ☐ 10 à 19 ☐ 20 à 29 ☐ 30 à 39 ☐ 40 ou plus

Délai avant la première cigarette du matin (en minutes) : _____

Autres types d'usage du tabac

Cigares/Cigarillos ☐ Oui Quantité et fréquence : _____ ☐ Non

Tabac sans fumée/Tabac à sucer/Tabac à priser/Houka/Vapotage ☐ Oui Précisez le type utilisé : _____

Quantité et fréquence : _____ ☐ Non

Antécédents de tabagisme

Âge de début du tabagisme (années) : _____

Évaluation environnementale

Où fumez-vous habituellement? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent) ☐ À la maison ☐ Dans la voiture

☐ Lors des loisirs ☐ Au travail ☐ Lors des réunions sociales ☐ Autre : _____

Qui dans votre entourage immédiat fume aussi? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

☐ Partenaire/Conjoint ☐ Famille (ménage) ☐ Famille (en dehors du ménage) ☐ Amis ☐ Collègues

☐ Autre : _____

Consommez-vous de la caféine? Oui ☐ Non ☐

Énumérez tous les types (c.-à-d. café, thé, boissons énergisantes) : _____

Quantité et fréquence : _____ Avec le tabac/le vapotage? Oui ☐ Non ☐

Buvez-vous de l'alcool? Oui ☐ Non ☐ Quantité et fréquence : _____

Avec le tabac/le vapotage? Oui ☐ Non ☐

Fumex-vous ou vapez-vous du cannabis? Oui ☐ Non ☐ N^{bre} de fois par jour : _____ Est-ce que vous y ajoutez du tabac? Oui ☐ Non ☐

Utilisez-vous des cigarettes électroniques ou des produits de vapotage (sans cannabis)? Oui ☐ Non ☐

Quantité et fréquence : _____ ☐ Quantité de nicotine : ____mg/mL ou ____% ☐ Sans nicotine

☐ Incertain quant à la présence de nicotine

Tentatives d'arrêt antérieures

Nombre de tentatives d'arrêt antérieures (arrêt intentionnel pendant 24 heures ou plus)

À quand remonte votre dernière tentative d'arrêt? _____

Quelle est la période la plus longue pendant laquelle vous n'avez pas fumé? _____

Quelles sont les circonstances et la méthode qui ont le plus contribué à la réussite de votre tentative? _____

Qu'est-ce qui vous a amené à reprendre l'usage des produits du tabac à chaque fois? *(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)*

☐ Proximité d'autres fumeurs ☐ Stress ☐ Symptômes de sevrage ☐ Mauvaise humeur ☐ Habitude

☐ Autre : _____

Méthodes antérieures utilisées pour arrêter				
Agent/Méthode	Dose/Mode d'emploi	RRaison(s) d'interruption (c.-à-d. n'a pas fonctionné, effets secondaires, etc.)	Actuellement utilisé(e)? (O/N)	Durée d'utilisation
☐ Timbre de nicotine	☐ 7 mg ☐ 14 mg ☐ 21 mg ☐ 42 mg Mode d'emploi :			
☐ Gomme à la nicotine	☐ 2 mg ☐ 4 mg Mode d'emploi :			
☐ Pastille à la nicotine	☐ 1 mg ☐ 2 mg ☐ 4 mg Mode d'emploi :			
☐ Inhalateur de nicotine	☐ 4 mg Mode d'emploi :			
☐ Vaporisateur à la nicotine				
☐ Bupropion (Zyban)				
☐ Varénicline (Champix)				
☐ Sevrage brutal				
☐ Réduction				
☐ Autre : nortriptyline (Aventyl), clonidine (Catapres), cytisine (Cravv), hypnose, laser, acupuncture, etc.				

Raison(s) actuelle(s) d'envisager d'arrêter de fumer

- ☐ Bienfaits pour la santé (p. ex., fonction cardiaque et/ou respiratoire, cancer)
- ☐ Sociale/famille (p. ex., sentiment de rejet, encouragements à arrêter de la part de la famille/des amis)
- ☐ Financière : coût des cigarettes, soit ___ \$ par paquet
- ☐ Autre : _____

Examen physique

Pression artérielle (mm Hg) : _____ Taille : _____ Poids : _____

Symptômes respiratoires (p. ex., respiration sifflante, toux, essoufflement) : _____

Assurance

Avez-vous une assurance pour vous aider à payer le coût de tout médicament pour arrêter de fumer?

- ☐ Oui (précisez le type) : _____ ☐ Non ☐ Je ne suis pas certain

RÉSERVÉ À L'USAGE DU PHARMACIEN**Situation actuelle**

- ☐ Pas d'arrêt pour le moment ☐ Réduction ☐ Réduction jusqu'à l'arrêt

Date d'arrêt

Arrêt dans les : ☐ 2 semaines ☐ 4 semaines ☐ Autre : _____ Date d'arrêt prévue : _____

Méthode pour arrêter de fumer

Consultez l'algorithme pour arrêter de fumer pour choisir la bonne méthode pour arrêter de fumer.

Options autres qu'une pharmacothérapie

- ☐ Réduction jusqu'à l'arrêt ☐ Sevrage brutal ☐ Conseils, y compris les changements environnementaux, le soutien social et les stratégies de distraction (*conseils imprimés à remettre aux patients, au besoin*)

Options de pharmacothérapie**Médicament(s) pour arrêter de fumer**

- ☐ Timbres de nicotine Dose : _____ mg/jour ☐ 12 heures ☐ 16 heures ☐ 24 heures
- ☐ Gomme à la nicotine Dose : ☐ 2 mg ☐ 4 mg _____#/jour ☐ Horaire ☐ Au besoin
- ☐ Pastille à la nicotine Dose : ☐ 1 mg ☐ 2 mg ☐ 4 mg _____unité(s)/jour ☐ Horaire ☐ Au besoin
- ☐ Inhalateur de nicotine Dose : _____cartouche(s)/jour ☐ Horaire ☐ Au besoin
- ☐ Vaporisateur à la nicotine Dose : _____vaporisation(s)/jour ☐ Horaire ☐ Au besoin
- ☐ Dose de bupropion : _____
- ☐ Dose de varénicline : _____
- ☐ Autre (précisez le nom) : Dose : _____

Voir les options de pharmacothérapie et les consignes liées aux thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) et aux thérapies autres que les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) à l'intention des pharmaciens et des patients pour en savoir plus sur la surveillance de la pharmacothérapie.

Prescription fournie?

- ☐ Non ☐ Oui (joindre une copie) Date : _____

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 », au besoin.

Détails du plan de soins : _____

Plan de suivi

Date : _____ Heure : _____

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

Autorisation de laisser un message : Oui ☐ Non ☐

Autre : _____

[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/SIBReadinesstoquitform_FillablePDF.pdf.
4. Pharmacy Association of Nova Scotia. (Décembre 2023). *Initial comprehensive smoking cessation assessment* [fichier PDF]. Accessible à l'adresse : <https://pans.ns.ca/pharmacy-professionals> (abonnement requis).