



Rompres avec les habitudes

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

Volonté d'arrêter de fumer : Formulaire d'évaluation

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 : _____

Évaluation de la volonté

DEMANDER

- Fumez-vous actuellement ou utilisez-vous d'autres formes de tabac? Oui Non
Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour? _____
- Aimeriez-vous arrêter de fumer? Oui Non
- Seriez-vous prêt à parler de votre tabagisme pendant quelques minutes? Oui Non
- Si OUI, êtes-vous prêt à fixer une date d'arrêt dans les 30 prochains jours? Oui Non
- Si oui, veuillez fournir une date d'arrêt potentielle : _____

CONSEILLER

Encouragez un patient qui fume à arrêter en faisant preuve d'empathie et en ne portant pas de jugement. Expliquez-lui les avantages d'arrêter de fumer et adaptez le message sur le fait d'arrêter de fumer en fonction des risques, de la situation et des besoins individuels du patient.

Voir « Risques liés au tabagisme et avantages d'arrêter de fumer ».

ÉVALUER LA VOLONTÉ D'ARRÊTER DE FUMER

En tenant compte de l'ensemble des circonstances actuelles de votre vie, veuillez répondre aux questions suivantes sur une échelle de 1 à 10.

1. Dans quelle mesure est-il important pour vous d'arrêter de fumer pour de bon??	1 (pas du tout)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (extrêmement)
2. Dans quelle mesure êtes-vous confiant de pouvoir arrêter de fumer complètement?	1 (pas du tout)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (extrêmement)
3. Dans quelle mesure êtes-vous prêt à arrêter de fumer dans les 30 prochains jours?	1 (pas du tout)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (extrêmement)
4. Quand souhaiteriez-vous arrêter de consommer des produits du tabac?	Date d'arrêt :									
5. Quelles sont vos motivations pour arrêter de fumer?	<input type="checkbox"/> Famille/Relations		<input type="checkbox"/> Finances			<input type="checkbox"/> Meilleure santé générale				
	<input type="checkbox"/> Maladie existante		<input type="checkbox"/> Autre : _____							

Voir « Étapes du changement » pour plus de détails.

* Si le patient obtient un score inférieur à 7 pour toute réponse, envisagez d'utiliser d'autres techniques d'entrevue motivationnelle.

[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.

Si le patient a décidé de s'inscrire et est prêt à fixer une date d'arrêt, le pharmacien peut passer aux formulaires de consultation initiale et de consentement du patient.

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).