



VOS INFORMATIONS

Nom Prénom
Date de naissance Age
Ville
Téléphone E-mail
Profession
Situation familiale Nbre d'enfant
Age des enfants
Médecin traitant
Traitement médicamenteux en cours

questionnaire arrêt du tabac

Depuis combien de temps fumez vous ?
Combien de cigarettes par jour ?
Quelles sont les indispensables et les plus fréquentes ? (matin au levé , après les repas ..)

Avez vous déjà essayé d'arrêter ?
Quand ?
Par quelle méthode ?
Quels ont été les résultats ?
Pour quelles raisons souhaitez-vous arrêter de fumer ?
Depuis combien de temps souhaitez-vous arrêter de fumer ?

PRÉCAUTION D'UTILISATION :

Avez vous une maladie grave ? Avez vous des troubles épileptiques ?
Êtes vous enceinte ?

Comment avez vous connu le cabinet ?

[Effacer le formulaire](#)

[Imprimer](#)

[Envoyer le formulaire \(fonctionne que quand les champs sont remplis\)](#)