

Programme d'aide au sevrage tabagique

Ministère de la Santé | Union des Caisses de Maladie

Feuille d'évaluation

Nom et prénom du patient:

Matricule:

Date de la première consultation:

jour

mois

an

Le patient a signé le formulaire de consentement éclairé pour arrêter de fumer : oui

Le patient a bien
 plutôt bien
 mal

accepté que le sevrage comporte des signes d'inconfort.

Dossier médical à garder dans le dossier personnel du patient.