

Programme d'aide au sevrage tabagique

Ministère de la Santé | Union des Caisses de Maladie

Première consultation Feuillet A

Nom et prénom du patient :

Matricule :

Date de la première consultation :

jour

mois

an

• Nationalité :

• Âge :

• Sexe :

F

M

• Profession :

Antécédents médicaux
liés au tabagisme

oui non

Antécédents cardiovasculaires

Antécédents broncho-pulmonaires
(BPCO, asthme)

Antécédents carcinologiques

Projet de grossesse

Autre ATCD à préciser :

• Score Fagerström :

Consommation totale cumulée :
(en paquets / années)

Nombre de tentatives antérieures
d'arrêt tabagique :

Tentative antérieure d'arrêt avec médication :

aucune tentative

Substituts nicotiniques

Zyban®

Champix®

Ce document est à envoyer par le patient à la :

Code médecin :

**Direction de la Santé
Programme d'aide au sevrage tabagique
Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg**

Cachet du médecin :