



## Anamnèse du fumeur

Nom / prénom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<p>1. Avez-vous fumé plus de 200 cigarettes dans votre vie?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non. Passer à la question 6.</p>
<p>2. À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement?</p>	<p>À _____ ans</p>
<p>3. Fumez-vous actuellement?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui. Passer à la question 5.  <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>4. En quelle année avez-vous arrêté de fumer?</p>	<p>_____</p>
<p>5. Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?</p>	<p>_____</p>
<p>6. Consommez-vous régulièrement d'autres produits dérivés du tabac?</p>	<p><input type="checkbox"/> Non. Passer à la question 8.  <input type="checkbox"/> Oui, les produits suivants:</p> <p><b>Cigare</b>      <input type="checkbox"/> jamais    <input type="checkbox"/> avant    <input type="checkbox"/> maintenant  <b>Pipe</b>        <input type="checkbox"/> jamais    <input type="checkbox"/> avant    <input type="checkbox"/> maintenant  <b>Tabac à mâcher</b> <input type="checkbox"/> jamais    <input type="checkbox"/> avant    <input type="checkbox"/> maintenant  <b>Autre</b>        <input type="checkbox"/> jamais    <input type="checkbox"/> avant    <input type="checkbox"/> maintenant</p>
<p>7. Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer?</p>	<p><input type="checkbox"/> jamais  <input type="checkbox"/> une fois  <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois  <input type="checkbox"/> plus de 4 fois</p>
<p>8. Envisagez-vous actuellement d'arrêter de fumer?</p>	<p><input type="checkbox"/> Non, pas du tout.  <input type="checkbox"/> Oui, dans les six prochains mois.</p>
<p>9. Informations personnelles</p> <p>a. Âge</p> <p>b. Sexe</p>	<p>Date de naissance: _____</p> <p><input type="checkbox"/> femme  <input type="checkbox"/> homme</p>