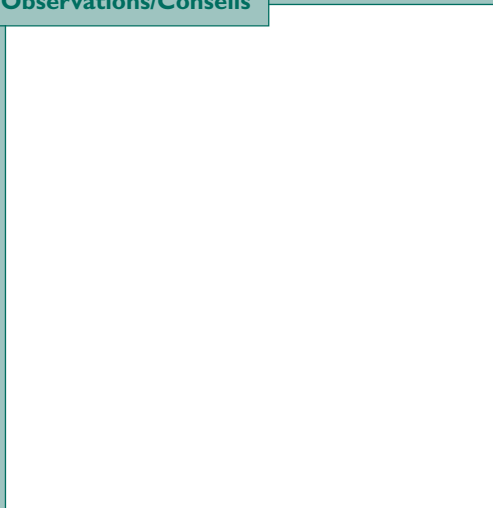
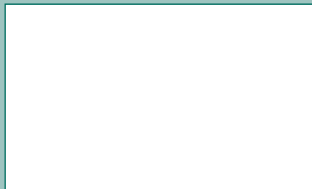


Observations/Conseils



Cachet consultation



PROTÉINES *

1^{re}
phase

Nom _____

Prénom _____

Consultation de tabacologie

**Carnet de suivi
personnel**

(à remettre au consultant)

Complétez chaque jour le tableau en choisissant pour chaque rubrique une note de 0 à 3

0 = nul, pas du tout

1 = léger, modéré

2 = moyen

3 = extrême, maximum

| Date | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Pulsion à fumer | | | | | | | |
| Irritabilité, colère | | | | | | | |
| Agitation, nervosité | | | | | | | |
| Anxiété | | | | | | | |
| Tendance dépressive | | | | | | | |
| Difficulté de concentration | | | | | | | |
| Augmentation de l'appétit | | | | | | | |
| Constipation | | | | | | | |
| Troubles du sommeil | | | | | | | |
| Rêves, cauchemars | | | | | | | |
| Intolérance cutanée au timbre | | | | | | | |

Indiquez chaque jour votre consommation de café, de boissons alcoolisées et de tabac

| | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre de tasses de café | | | | | | | |
| Nombre de verres d'alcool | | | | | | | |
| Nombre de cigarettes | | | | | | | |

Complétez chaque jour le tableau en choisissant pour chaque rubrique une note de 0 à 3

0 = nul, pas du tout

1 = léger, modéré

2 = moyen

3 = extrême, maximum

| Date | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Pulsion à fumer | | | | | | | |
| Irritabilité, colère | | | | | | | |
| Agitation, nervosité | | | | | | | |
| Anxiété | | | | | | | |
| Tendance dépressive | | | | | | | |
| Difficulté de concentration | | | | | | | |
| Augmentation de l'appétit | | | | | | | |
| Constipation | | | | | | | |
| Troubles du sommeil | | | | | | | |
| Rêves, cauchemars | | | | | | | |
| Intolérance cutanée au timbre | | | | | | | |

Indiquez chaque jour votre consommation de café, de boissons alcoolisées et de tabac

| | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre de tasses de café | | | | | | | |
| Nombre de verres d'alcool | | | | | | | |
| Nombre de cigarettes | | | | | | | |

Complétez chaque jour le tableau en choisissant pour chaque rubrique une note de 0 à 3

0 = nul, pas du tout

1 = léger, modéré

2 = moyen

3 = extrême, maximum

| Date | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Pulsion à fumer | | | | | | | |
| Irritabilité, colère | | | | | | | |
| Agitation, nervosité | | | | | | | |
| Anxiété | | | | | | | |
| Tendance dépressive | | | | | | | |
| Difficulté de concentration | | | | | | | |
| Augmentation de l'appétit | | | | | | | |
| Constipation | | | | | | | |
| Troubles du sommeil | | | | | | | |
| Rêves, cauchemars | | | | | | | |
| Intolérance cutanée au timbre | | | | | | | |

Indiquez chaque jour votre consommation de café, de boissons alcoolisées et de tabac

| | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre de tasses de café | | | | | | | |
| Nombre de verres d'alcool | | | | | | | |
| Nombre de cigarettes | | | | | | | |