

## Annexe 6

### Architecture de la fiche appel TIS niveau 2

(Cette architecture est communiquée à titre informatif et non contractuel).

Pour les appels de bilan, de suivi, renseignement spécifique, appel de crise

Appel en cours	
Ce que dit ou demande l'appelant	
Commentaires/Recommandations données à l'appelant	

Statut tabagique niveau 2		
N'a jamais fumé		
Ex-fumeur (arrêt > ou = à 6 mois)	<b>Quel type de tabac fumiez-vous auparavant ?</b>	
	Cigarettes manufacturées Cigarettes roulées Cigarillos Cigares Pipe Autres	Quantité
	<b>Date de la dernière cigarette</b>	
Fumeur occasionnel (moins d'une cigarette/jour)	<b>Quel type de tabac fumez-vous ?</b>	
	Cigarettes manufacturées Cigarettes roulées Cigarillos Cigares Pipe Autres	Quantité
	<b>Avez-vous décidé d'une date d'arrêt ?</b>	Date d'arrêt
	<b>Etes-vous vapoteur ?</b>	Oui / Non / NVPR
Fumeur régulier (au moins 1 cigarette/jour)	<b>Quel type de tabac fumez-vous ?</b>	
	Cigarettes manufacturées Cigarettes roulées Cigarillos Cigares Pipe Autres	Quantité
	<b>Avez-vous décidé d'une date d'arrêt ?</b>	Date d'arrêt
	<b>Etes-vous vapoteur ?</b>	Oui / Non / NVPR
En tentative d'arrêt	<b>Pendant cette tentative d'arrêt, avez-vous une consommation de tabac ?</b>	
	Cigarettes manufacturées Cigarettes roulées Cigarillos Cigares Pipe Autres	Quantité
	<b>Date de la dernière cigarette</b>	
	<b>Etes-vous vapoteur ?</b>	Oui / Non / NVPR

Données médicales	
Informations générales	Poids (kg) :
	Taille (cm) :
	Indice de masse corporelle (IMC) :
Vos pathologies	Avez-vous une maladie du cœur ou des vaisseaux ?
	Avez-vous une maladie respiratoire ou un asthme ?
	Souffrez-vous de dépression ou de troubles anxieux ou d'une autre maladie psychologique ou psychiatrique ?
	Souffrez-vous de diabète ou d'obésité, ou encore d'un excès de graisses dans le sang ?
	Autre(s) pathologie(s)
Votre caractère	
Diriez-vous que dans l'année écoulée vous avez eu des périodes d'au moins 15 jours où votre moral était mauvais ?	Oui / non
Possibilité d'un trouble du comportement alimentaire ?	Oui / non
Vos addictions	Alcool Cannabis
	Médicaments
	Jeu
	Alimentation
	Cannabis
	Autres drogues illicites
	Internet

Motivations	
Motivations à l'arrêt	
Test de Rollnick	Pouvez-vous donner une note sur 10 à la confiance en vous-même pour arrêter de fumer ?
	Pouvez-vous donner une note sur 10 à l'importance que revêt pour vous-même l'arrêt du tabac ?
Balance motivationnelle	Raisons / Intérêts de fumer
	Bénéfices de l'arrêt
	Craintes de l'arrêt
	Gènes / Craintes de fumer

Dépendance pharmacologique / physique	
Passer le test de FAGERSTROM	
Le matin, combien de temps après votre réveil allumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 minutes Entre 6 et 30 minutes Entre 31 et 60 minutes Après une heure ou plus
Fumez-vous lorsque vous êtes malade ou alité ?	Oui/Non
Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	Oui/Non
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins 11 à 20 21 à 30 31 ou plus
A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première de la journée Une autre
Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui/Non
Dépendance psycho-comportementale	Plaisir Gestion du stress Humeur Concentration Gestion du poids Convivialité Automatisation, gestuelle Informations / Explications sur les dépendances et ses mécanismes

Informations sur les stratégies d'aide à l'arrêt	
Informations sur les substituts nicotiniques	Le mode de fonctionnement Les différentes présentations Le mode d'emploi Info sur le sous-dosage des substituts Info sur le sur-dosage des substituts Les contre-indications Les effets secondaires La prise de cigarette associée aux TSN
Informations sur les traitements non nicotiniques	Bupropion Vaénicline - Autres Mode de fonctionnement Posologie Contre-indications Effets secondaires Efficacité Coût
Les thérapies comportementales et cognitives	Explications Adresse donnée
Les autres traitements non validés	Homéopathie Acupuncture Hypnose Mésothérapie Allen Carr Plan de 5 jours Vapoteuse Autres
Dans le cadre de la téléprescription : A poser uniquement pour les consommateurs de plus de 20 cigarettes par jour : J'ai la possibilité de vous envoyer une ordonnance par courrier, ce qui vous évite de consulter un professionnel de santé : acceptez-vous de recevoir une ordonnance par courrier ?	Oui / non
	Historique du traitement prescrit

Stratégies utilisées dans l'arrêt actuel / la réduction actuelle	
<b>Comment avez-vous arrêté / diminué ?</b>	
Seul	
Avec une aide validée	Médicamenteuse (patch / gommes 2 ou 4 mg / comprimés sublinguaux / comprimés équivalent 2 ou 4 mg / inhalateur / Bupropion / Varénicline / spray)
	TCC
	Bénéfices, avantages repérés dans cet arrêt ? Difficultés dans cet arrêt ?
Avec une aide non validée	Homéopathie Mésothérapie Sophrologie Hypnose Acupuncture Autre
	Bénéfices, avantages repérés dans cet arrêt ?
	Difficultés dans cet arrêt ?
Avec une vapoteuse	Avec nicotine
	Sans nicotine

Stress	
Informations, explications sur les mécanismes naturels du stress	
Description action de la nicotine sur le stress	
Entretien STRESS	Qu'appellez-vous être stressé ? Décrivez- moi votre stress
	<b>Qu'est-ce qui déclenche votre stress ?</b> Le travail La famille Les enfants La vie sentimentale La vie quotidienne Autre
	<b>Quelle est l'intensité de votre stress ?</b> Léger Moyen Important Très important
	<b>Quelles sont vos activités gratifiantes (récompenses), ce que vous aimez faire ?</b> Activité physique Activité intellectuelle Activité artistique ou manuelle Relaxation (yoga, sophro, etc.) Autre
	<b>Propositions d'outils de gestion du stress aigu, plutôt que de fumer</b> Mini-relaxation Activité physique Techniques corporelles Visualisation positive Changer d'endroit Parler à un tiers Autre
	<b>Autres propositions pour état de stress</b> Jouer sur l'environnement source de stress Jouer sur les manifestations physiques du stress Jouer sur la façon de penser les événements Savoir repérer un état émotionnel en face d'une situation
	<b>Orientation proposée</b> Médecin généraliste Psychothérapie Autre

Essais précédents	
Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?	Oui / Non
Si oui : Date de la dernière tentative :	
<b>Lors des tentatives précédentes, comment avez-vous arrêté ?</b>	
Seul	
Avec une aide validée	Médicamenteuse (patch / gommes 2 ou 4 mg / comprimés sublinguaux / comprimés équivalent 2 ou 4 mg / inhalateur / Bupropion / Varénicline / spray) TCC
Avec une aide non validée	Homéopathie Mésothérapie Sophrologie Hypnose Acupuncture Autre
Durée de l'arrêt le plus long	
Principaux intérêts ou bénéfices que vous avez perçus lors de votre/vos arrêts précédents	
Principales difficultés/inconvénients, perçus lors de votre/vos arrêts précédents	
Raisons de la reprise de la consommation	Stress Manque Convivialité Moral Prise d'epoids Nostalgie Autre

Alimentation / Equilibre pondéral / Activité physique : Eléments de repérage	
Questions de l'appelant	
Si antécédents de prise de poids lors de la dernière tentative d'arrêt, précisez le nombre de kilos	
Explications sur l'action de la nicotine sur le métabolisme	
L'appelant a modifié récemment son alimentation et /ou son activité physique	
Conseils pour éviter la prise de poids	Ajout de fruits et légumes Modération apport des graisses Activité physique Modération apport sucres rapides Répartition repas/collations Autres
Demande et/ou proposition d'entretiens nutrition	Faite et acceptée Faite et refusée Non proposée
Recommandations	

Alimentation / Equilibre pondéral / Activité physique : Pour aller plus loin dans le suivi	
Entretien de bilan nutrition	<b>Profil alimentaire</b>
	Poids (kg) : Taille (cm)
	Indice de masse corporelle (IMC)
	Faites-vous régulièrement une activité physique (sport, jardinage, bricolage, etc.) ?
	Etes-vous physiquement très actif dans votre métier ?
	Votre entourage vous considère-t-il comme un bon mangeur ?
	Vous levez vous la nuit pour manger ?
	Prenez-vous 3 repas par jour ?
	Mangez-vous toujours en ayant une sensation de faim ?
	Au cours de vos déplacements de moins de 1 km, utilisez-vous le plus souvent ?
	La voiture
	Le vélo
	Vos jambes
	Autre
	Avez-vous pris du poids récemment ?
	Êtes-vous attentif à votre poids ?
	Jamais
	Parfois
	Souvent
	Toujours
	<b>Profil alimentaire</b>
	Je mange ce que je veux sans me préoccuper de mon poids
	Je mange ce que je veux mais je fais un régime de temps en temps
	Je mange ce que je veux mais je suis toujours préoccupé par mon poids
	Je fais très attention à ce que je mange et je suis toujours attentif à mon poids
Je suis en permanence au régime	
L'appelant a modifié récemment son alimentation ?	
Modifications du comportement alimentaire repérées par l'appelant depuis l'arrêt du tabac :	
Augmentation de l'appétit	
Pulsions pour certains aliments	
Augmentation du grignotage	
Fringales	
Aucune	
Autre	
Situation actuelle de l'appelant	
<b>Activité physique</b>	
Type d'activité ?	
Combien de temps ?	
A quelle fréquence	
Propositions faites et acceptées par l'appelant	
Entretien de suivi nutrition	Camet de suivi alimentaire effectué sur au moins 3 jours
	Proposition d'objectifs à réaliser
	Motivation à renforcer
	Stade de Prochaska sur les modifications de l'alimentation
	Mangeur qui ne se préoccupe pas de son alimentation
	Mangeur indécis qui voudrait améliorer son alimentation
	Mangeur informé qui souhaite et se prépare à opérer un changement
	Mangeur qui a déjà modifié son comportement alimentaire
	Mangeur qui maintient certains changements alimentaires
	Mangeur ayant changé auparavant mais retour sur habitudes antérieures
Observations (difficultés rencontrées, changements mis en place...)	

Actions réalisées	
Réponse orale	
Envoi de documentation	
Programmer un rendez-vous	
Report de rendez-vous	
Annulation de rendez-vous	
Orientation consultation tabacologie externe	
Orientation site Internet	<a href="http://www.tabac-info-service.fr">www.tabac-info-service.fr</a> <a href="http://www.drogues-info-service.fr">www.drogues-info-service.fr</a> <a href="http://www.alcool-info-service.fr">www.alcool-info-service.fr</a> <a href="http://www.filsantejeunes.com">www.filsantejeunes.com</a> <a href="http://www.choisirscontraception.fr">www.choisirscontraception.fr</a> <a href="http://www.mangerbouger.fr">www.mangerbouger.fr</a> <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a> <a href="http://www.santepubliquefrance.fr">www.santepubliquefrance.fr</a> Autres sites
Orientation autre ligne	Alcool info service (0 980 980 930) Drogues info service (0 800 23 13 13) Ecoute cannabis (0 980 980 940) Fil Santé Jeunes (0800 235 236) Cancer info service (0 805 123 124) SOS Amitié (09 72 39 40 50) Asthme et Allergies (0 800 19 20 21) Sida Info Service (0 800 840 800) Autre
Imprimer le dossier personnel de l'appelant	
Informier le médecin traitant de la démarche d'arrêt par courrier	
Pour que nous puissions améliorer le service rendu par la ligne, accepteriez-vous d'être rappelé dans 6 mois?	Oui / Non

Qualification de l'appel
Renseignements spécifiques
Appel bilan tabac
Appel suivi tabac
Appel bilan nutrition
Appel suivi nutrition
Appel écourté (entretien n'a pu être réalisé)
Modification créneau de rendez-vous
Appel fictif (administratif)
Appel de crise

## Pour les rappels à 6 mois

Rappel à 6 mois	
Bonjour, je suis XX Tabacologue de Tabac info service. Vous êtes bien M/Mme YY ?	Oui / Non
Si non	
Dans ce cas, pourriez-vous m'indiquer à quel moment je pourrai contacter M/Mme YY ?	Si oui : prise de rendez-vous Si non : prise de congé
Si oui	
Avez-vous quelques instants à m'accorder ?	Oui / Non
Vous êtes actuellement	Non fumeur Fumeur NSP, refuse de répondre
Etes-vous vapoteur ?	Oui - Avec nicotine - Sans nicotine Non
<b>Si non fumeur</b>	
Depuis notre dernier appel, y a-t-il eu des périodes pendant lesquelles vous avez recommencé à fumer ?	Oui / Non
Depuis combien de temps êtes-vous non-fumeur ?	___ mois ___ semaine(s) ___ jour(s)
Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors de votre arrêt du tabac	Oui / Non  Si oui : De l'irritabilité, une certaine agressivité Des troubles du sommeil, des insomnies De la tristesse, un état de déprime De l'anxiété, du stress Des difficultés de concentration Une envie très forte de fumer Une augmentation de votre appétit, une prise de poids Un encombrement des bronches, de la toux De la fatigue, un manque d'énergie Autre
Avez-vous utilisé d'autres aides/ressources dans votre démarche d'arrêt ?	Oui / Non  Si oui : Brochure Livre Site internet Entretien avec un professionnel de santé Pharmacien Médecin généraliste Tabacologue Médecin spécialiste Infirmière Méthode parallèle Autre

Si fumeur	
Depuis votre dernier entretien avec un tabacologue, avez-vous essayé d'arrêter de fumer ?	Oui / Non
Depuis notre dernier entretien, combien de fois avez-vous arrêté de fumer ?	
Depuis votre dernier entretien, quelle est la durée la plus longue pendant laquelle vous êtes resté non-fumeur ?	Mois, semaines, jours, heures
Pour quelle(s) raison(s) avez-vous repris ? Vous ressentiez : *	De l'irritabilité, une certaine agressivité Des troubles du sommeil, des insomnies De la tristesse, un état de déprime De l'anxiété, du stress Des difficultés de concentration Une envie très forte de fumer Une augmentation de votre appétit, une prise de poids Un encombrement des bronches, de la toux De la fatigue, un manque d'énergie Une baisse de la motivation dans l'arrêt du tabac Une baisse de la confiance dans l'arrêt du tabac Arrêt des substituts nicotiniques Autre
Est-ce que vous avez réduit votre consommation ?	Oui / Non
Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas essayé d'arrêter de fumer ?	Perte de motivation Crainte des effets indésirables Réduction de la consommation Stress Moment inapproprié Autre
Satisfaction	
La campagne Moi(s) sans tabac de novembre dernier vous a-t-elle incité à appeler le 39 89 ?	Oui / Non
Diriez-vous que la campagne Moi(s) sans tabac vous a incité à arrêter de fumer ?	Oui / Non
Avez-vous été satisfait du service proposé par Tabac info service ?	Très satisfait / Assez satisfait / Pas vraiment satisfait / Pas du tout satisfait
Diriez-vous que Tabac info service vous a aidé(e) dans votre démarche d'arrêt du tabac ?	Oui tout à fait / Oui plutôt / Non pas du tout / Non pas vraiment
Conseilleriez-vous Tabac info service à un proche qui souhaite arrêter de fumer ?	Oui certainement / Oui peut-être / Non je ne pense pas / Non certainement pas
Avez-vous des remarques à formuler sur le service offert par la ligne ?	
Et maintenant, si vous deviez vous engager dans une nouvelle démarche d'arrêt, quelle note donneriez-vous à votre motivation ?	Note de 0 à 10
Et à votre confiance en vous ?	Note de 0 à 10
Souhaitez-vous à nouveau arrêter de fumer ?	Oui / Non Si oui : prise de rendez-vous