

# PREMIÈRE SÉANCE TABAC

Questionnaires pour le Thérapeute :

NOM:

DATE:

PRENOM :

## QUESTIONNAIRE - TABAGISME

1. À quel âge avez-vous commencé à fumer? \_\_\_\_\_
2. Dans quelles circonstances et pour quelles raisons, avez-vous commencé à fumer? (seul, amis, travail, événements malheureux, heureux...)
3. Que fumez-vous : cigarettes, cigares, petits cigares, marijuana? \_\_\_\_\_
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? \_\_\_\_\_
5. Ressentez-vous l'envie de fumer dans des situations bien déterminées ? Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_
6. Dans quel délai fumez-vous votre première cigarette de la journée après le réveil ? \_\_\_\_\_
7. À quel moment de la journée fumez-vous le plus ? \_\_\_\_\_
8. Quelles sont vos occupations à ce moment de la journée?

8. Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable dans la journée? La première? Ou autre moment?

9. Vous est-il difficile de rester plusieurs heures sans cigarette ?  
Combien de temps pouvez-vous rester sans fumer?
10. Fumez-vous lorsque vous êtes grippé, que vous avez mal à la gorge ?
11. Quelles sont les situations et les actions liées au geste de vous allumer une cigarette (ex. : au téléphone, après un repas, devant la télévision, etc.)? \_\_\_\_\_
12. Est-ce que fumer calme votre anxiété? \_\_\_\_\_
13. Fumez-vous plus souvent lorsque vous êtes irrité ou déprimé ? \_\_\_\_\_
14. Qui fume dans votre entourage immédiat :
- a) à la maison ? \_\_\_\_\_
- b) au travail ? \_\_\_\_\_
15. Fumez-vous davantage au contact de certaines personnes ? \_\_\_\_\_
16. Est-ce que vos amis les plus proches sont fumeurs ou non-fumeurs?
17. Vivez-vous présentement une situation qui influence la quantité de cigarettes que vous fumez par jour?
18. Avez-vous déjà fait des tentatives pour arrêter de fumer ?  
Si oui, quand? Expliquez sommairement de quelle façon cela s'est déroulé.

19. Combien de temps a duré votre plus longue période sans fumée ?

20. Qu'est-ce qui vous a incité à recommencer ? \_\_\_\_\_

21. Quels moyens avez-vous utilisé pour vous aider à cesser de fumer dans le passé ? \_\_\_\_\_

22. Votre décision actuelle d'arrêter de fumer est-elle reliée à un événement ou un déclencheur particulier? \_\_\_\_\_

23. Avez-vous en ce moment des problèmes de santé directement reliés au fait que vous fumer? Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

24. Quel délai pensez-vous avoir besoin pour réussir à arrêter de fumer?

25. Nommez 3 à 5 raisons pour lesquelles vous désirez arrêter de fumer.

26. Pour quelles raisons la cigarette vous manquera-t-elle le plus lorsque vous aurez cessé de fumer? Encerclez celles qui s'appliquent à vous.

*Fumer me permet :*

*de mieux me concentrer et être plus performant*

*de mieux maîtriser les situations difficiles ou délicates*

*d'avoir plus d'assurance lors de situations inhabituelles*

*de mieux maîtriser mon stress et de rester calme*

*d'améliorer mes relations avec les autres*

*d'avoir un bon prétexte pour prendre des pauses à mon travail*

*de me détendre, d'oublier le travail et de bien commencer la soirée*

*de savourer pleinement les moments de détente, de plaisir*

*de savourer un bon repas ou un bon vin*

*d'échapper à l'ennui et de m'occuper*

*de me faire plaisir*

*d'éviter la fringale et de grossir*

*Autres : \_\_\_\_\_*

27. Quels moyens comptez-vous utiliser pour parer aux crises de manque?

28. Par quels plaisirs ou gratifications comptez-vous remplacer l'usage de la cigarette?