QUESTIONNAIRE SUIVI TABAGISME

NOM:

DATE:

PRENOM .:

1. Quels changements avez-vous observé au niveau de :

- Votre consommation de cigarettes :

diminution augmentation aucun changement

2 . Quels changements avez-vous observé au niveau de votre santé :

3. Quelles sont les différences ressenties lorsque vous fumez et lorsque vous ne fumez pas?

4. Quelles sont les habitudes développées pour suppléer chaque cigarette que vous avez soustraite ?

5. Lorsque vous pensez à la cigarette, quel est votre dialogue interne?