

FEUILLE D'ÉVALUATION MOI(S) SANS TABAC

Afin d'évaluer l'action Moi(s) sans tabac dans les pharmacies de la Haute-Vienne, nous vous remercions de bien vous prendre quelques secondes pour remplir ce questionnaire de le faire parvenir à AddictLim dans l'enveloppe ci-jointe.

1. Le Moi(s) sans tabac a été un élément déclic pour vous interroger sur votre consommation de tabac ?
 Oui Non
2. Le Moi(s) sans tabac vous a permis de rencontrer un/des professionnels pour vous démarche dans votre démarche ?
 Oui Non
3. Le moi(s) sans tabac vous a-t-il permis de formaliser votre projet d'arrêt ?
 Oui Non
4. Le moi(s) sans tabac vous a permis de ne pas fumer pendant :
 Moins d'une semaine
 De 1 à 2 semaines
 De 1 à 3 semaines
 Le mois
5. Le pharmacien a joué un rôle important dans votre arrêt ?
 Oui Non

Si oui, en quoi :

6. Si l'objectif d'arrêter n'a pas été atteint, avez-vous pu évoquer avec votre pharmacien les difficultés rencontrées ?
 oui non

Si oui, cela vous a permis :

- de diminuer le nombre de cigarette
- de reprendre la poursuite d'arrêt
- de refaire le point sur ma prise en charge

xxx

7. Le pharmacien a-t-il été aidant ? (0 pas du tout 10 tout à fait)
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10