

Enquête "une semaine donnée" sur les consultations de tabacologie

Semaine du 12 au 17 janvier 2004

1. Type d'établissement où siège la consultation de tabacologie* :

- Etablissement de santé public (y. c. PSPH).....
- Autre établissement de santé privé

2. Nom de l'établissement de santé (ou cachet) :

3. Adresse :

4. Code postal :

5. Année de **création** de la consultation de tabacologie : _ _ _ _

6. Nombre de professionnels de santé participant aux consultations de tabacologie :

- **médecins** (équivalent temps plein) ,

- **autres** professionnels de santé (infirmières ou psychologues ou diététiciennes) en équivalent temps plein ,

7. Nombre de **vacations médicales** de tabacologie réalisées/semaine :

8.1 Au 17/01/2004, quelle est la 1^{ère} date disponible pour un rendez-vous en première consultation de tabacologie : _ _ / _ _ / _ _ _ _

8.2 Avez-vous un système **d'accueil en groupe** pour assurer un premier contact rapide des fumeur ?
...oui ...non

8.3 Quelle a été **l'influence des mesures générales contre le tabac du plan cancer 2003** sur l'activité de votre consultation ?

...diminué ...rien changé ...augmenté <10% ...+10%-49% ...>50%

9. **Nombre total de patients** venus, pendant la **semaine**, en consultation de tabacologie (toutes vacations médicales confondues) :

10. Parmi eux, quel est le nombre de :

-a- Première consultation :

-b- Suivi de sevrage :

-c- Femmes enceintes :

-d- Patients hospitalisés dans l'établissement, adressés en consultation de tabacologie ou vus au lit du malade :

11. Quels **outils** utilisez-vous lors de la première consultation* :

	Jamais	Parfois	Souvent	
Toujours				
Analyseur de CO :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de Fagerström :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test HAD (Anxiété/dépression) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Utilisez-vous le dossier «consultation de tabacologie» du INPES/RHST* : oui non

13. Utilisez-vous un dossier médical **informatisé** * oui non

14. - Si non, seriez-vous volontaire pour participer à la mise en place d'un dossier médical informatisé
* : oui non

* cocher la case correspondante

Questionnaire à retourner, pour le 6 février 2004, au :

Ministère de la Santé
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
Bureau O2 - Elisabeth FERNANDES
8 av. de Ségur - 75007 Paris
Fax : 01 40 56 41 89