

# FICHE D'AUTO-CONTRÔLE

Mon but: .....

**Lieu / activité**

1. A la maison
2. Au travail
3. En chemin
4. Au téléphone
5. En voiture
6. A un arrêt
7. Autres

**Personne présente**

1. Conjoint
2. Ami(e)
3. Collègue de travail
4. Aucune
5. Autres

**Humeur ou motif**

1. Détendue
2. Joyeuse
3. Stressée
4. Triste
5. Enervée
6. Autres

**Importance de cette cigarette pour moi**

1. Très importante
2. Importante
3. Pas spécialement importante
4. J'aurais pu y renoncer
5. Allumée sans y faire attention

Cig.	Heure	Lieu ou activité	Personne présente	Humeur ou motif	Importance de cette cig. pour	Alternative
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Tenez un journal précis de votre consommation de cigarettes



« Fumer ça fait du mal – Let it be »  
Projets « Pharmacie – vivre sans tabac »  
et « Tabagisme – Engagement du cabinet dentaire »  
AT, case postale 5255, 3001 Berne  
Ligne stop-tabac 0848 000 181

# FICHE D'AUTO-CONTRÔLE

Mon but: .....

**Lieu / activité**

1. A la maison
2. Au travail
3. En chemin
4. Au téléphone
5. En voiture
6. A un arrêt
7. Autres

**Personne présente**

1. Conjoint
2. Ami(e)
3. Collègue de travail
4. Aucune
5. Autres

**Humeur ou motif**

1. Détendue
2. Joyeuse
3. Stressée
4. Triste
5. Enervée
6. Autres

**Importance de cette cigarette pour moi**

1. Très importante
2. Importante
3. Pas spécialement importante
4. J'aurais pu y renoncer
5. Allumée sans y faire attention

Cig.	Heure	Lieu ou activité	Personne présente	Humeur ou motif	Importance de cette cig. pour	Alternative
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Tenez un journal précis de votre consommation de cigarettes



« Fumer ça fait du mal – Let it be »  
Projets « Pharmacie – vivre sans tabac »  
et « Tabagisme – Engagement du cabinet dentaire »  
AT, case postale 5255, 3001 Berne  
Ligne stop-tabac 0848 000 181

# FICHE D'AUTO-CONTRÔLE

Mon but: .....

**Lieu / activité**

1. A la maison
2. Au travail
3. En chemin
4. Au téléphone
5. En voiture
6. A un arrêt
7. Autres

**Personne présente**

1. Conjoint
2. Ami(e)
3. Collègue de travail
4. Aucune
5. Autres

**Humeur ou motif**

1. Détendue
2. Joyeuse
3. Stressée
4. Triste
5. Enervée
6. Autres

**Importance de cette cigarette pour moi**

1. Très importante
2. Importante
3. Pas spécialement importante
4. J'aurais pu y renoncer
5. Allumée sans y faire attention

Cig.	Heure	Lieu ou activité	Personne présente	Humeur ou motif	Importance de cette cig. pour	Alternative
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Tenez un journal précis de votre consommation de cigarettes



« Fumer ça fait du mal – Let it be »  
Projets « Pharmacie – vivre sans tabac »  
et « Tabagisme – Engagement du cabinet dentaire »  
AT, case postale 5255, 3001 Berne  
Ligne stop-tabac 0848 000 181

# FICHE D'AUTO-CONTRÔLE

Mon but: .....

## Lieu / activité

1. A la maison
2. Au travail
3. En chemin
4. Au téléphone
5. En voiture
6. A un arrêt
7. Autres

## Personne présente

1. Conjoint
2. Ami(e)
3. Collègue de travail
4. Aucune
5. Autres

## Humeur ou motif

1. Détendue
2. Joyeuse
3. Stressée
4. Triste
5. Enervée
6. Autres

## Importance de cette cigarette pour moi

1. Très importante
2. Importante
3. Pas spécialement importante
4. J'aurais pu y renoncer
5. Allumée sans y faire attention

Cig.	Heure	Lieu ou activité	Personne présente	Humeur ou motif	Importance de cette cig. pour	Alternative
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Tenez un journal précis de votre consommation de cigarettes



« Fumer ça fait du mal – Let it be »  
Projets « Pharmacie – vivre sans tabac »  
et « Tabagisme – Engagement du cabinet dentaire »  
AT, case postale 5255, 3001 Berne  
Ligne stop-tabac 0848 000 181

# FICHE D'AUTO-CONTRÔLE

Mon but: .....

## Lieu / activité

1. A la maison
2. Au travail
3. En chemin
4. Au téléphone
5. En voiture
6. A un arrêt
7. Autres

## Personne présente

1. Conjoint
2. Ami(e)
3. Collègue de travail
4. Aucune
5. Autres

## Humeur ou motif

1. Détendue
2. Joyeuse
3. Stressée
4. Triste
5. Enervée
6. Autres

## Importance de cette cigarette pour moi

1. Très importante
2. Importante
3. Pas spécialement importante
4. J'aurais pu y renoncer
5. Allumée sans y faire attention

Cig.	Heure	Lieu ou activité	Personne présente	Humeur ou motif	Importance de cette cig. pour	Alternative
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Tenez un journal précis de votre consommation de cigarettes



« Fumer ça fait du mal – Let it be »  
Projets « Pharmacie – vivre sans tabac »  
et « Tabagisme – Engagement du cabinet dentaire »  
AT, case postale 5255, 3001 Berne  
Ligne stop-tabac 0848 000 181

# FICHE D'AUTO-CONTRÔLE

Mon but: .....

## Lieu / activité

1. A la maison
2. Au travail
3. En chemin
4. Au téléphone
5. En voiture
6. A un arrêt
7. Autres

## Personne présente

1. Conjoint
2. Ami(e)
3. Collègue de travail
4. Aucune
5. Autres

## Humeur ou motif

1. Détendue
2. Joyeuse
3. Stressée
4. Triste
5. Enervée
6. Autres

## Importance de cette cigarette pour moi

1. Très importante
2. Importante
3. Pas spécialement importante
4. J'aurais pu y renoncer
5. Allumée sans y faire attention

Cig.	Heure	Lieu ou activité	Personne présente	Humeur ou motif	Importance de cette cig. pour	Alternative
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Tenez un journal précis de votre consommation de cigarettes



« Fumer ça fait du mal – Let it be »  
Projets « Pharmacie – vivre sans tabac »  
et « Tabagisme – Engagement du cabinet dentaire »  
AT, case postale 5255, 3001 Berne  
Ligne stop-tabac 0848 000 181