

Évaluer l'intensité des symptômes de sevrage (CWS-21)

Nom :

Prénom :

Les affirmations suivantes portent sur la façon dont vous vous sentez **aujourd'hui**. Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec chacune de ces affirmations.

- 1 = Absolument pas d'accord
- 2 = Plutôt pas d'accord
- 3 = Plus ou moins d'accord
- 4 = Plutôt d'accord
- 5 = Tout à fait d'accord

Aujourd'hui	1	2	3	4	5
<i>Dépression - Anxiété</i>					
J'ai le cafard					
Je n'ai pas le moral					
Je me sens inquiet/inquiète					
Je me sens angoissé/angoissée					
<i>Besoin urgent de fumer</i>					
J'ai une idée fixe: fumer une cigarette					
La cigarette me manque terriblement					
Je ressens un besoin irrésistible de fumer					
J'ai envie de tenir une cigarette entre mes doigts					
<i>Irritabilité - Impatience</i>					
Je suis irritable					
Je me mets facilement en colère					

Je manque de patience					
Je me sens nerveux/nerveuse					
<i>Difficultés de concentration</i>					
J'ai de la peine à réfléchir					
J'éprouve de la difficulté à me concentrer					
Il m'est difficile d'être attentif/attentive dans mes tâches					
<i>Appétit - Prise de poids</i>					
Je mange davantage que d'habitude					
Mon appétit est augmenté					
J'ai pris du poids récemment					
<i>Insomnies</i>					
J'ai des insomnies					
Je me réveille souvent pendant la nuit					
Le soir, j'ai de la difficulté à m'endormir					