

HISTORIA CLÍNICA DEL FUMADOR

FECHA: ____/____/____ CIP _____

NOMBRE: _____

Edad: _____ años Sexo: Mujer Hombre

Edad de inicio del consumo: _____ años

1. ¿Cuántos intentos has hecho para dejar de fumar? _____

2. ¿Cuál es el tiempo máximo en meses que has estado sin fumar? _____

3. ¿Qué método/s has utilizado?

Sin tratamiento

TSN

Psicoterapia

Acupuntura

Bupropión

Vareniclina

Otros _____

4. Motivo/s de recaída/s: _____

5. ¿Quieres poner una fecha para dejar de fumar? No Sí **Día D** ____/____/____

6. ¿Quieres o necesitas ayuda para dejar de fumar? No Sí

7. ¿Alguien fuma en tu casa? No Sí ¿Quién? _____

8. ¿Tienes hijos? No Sí

9. ¿Fuman tus amigos? No Sí

10. ¿Fuman tus compañeros de trabajo? No Sí

11. ¿Qué te gusta del tabaco? (Motivos para fumar)

Facilita la concentración.

Por placer.

Hábito bucomanual.

Me tranquiliza.

Me estimula.

Dependencia social.

Control del hambre (peso).

Imitación.

Dependencia física.

Otros(especificalos) _____.

12. **Importancia (0-10):** _____

¿Por qué X y no 1?

¿Por qué X y no 9?

13. **Confianza (0-10):** _____

¿Por qué X y no 1?

¿Por qué X y no 9?

14. **Dependencia:** test de Fagerström breve.

¿Qué tipo y cantidad de tabaco fumas diariamente?

Puntos	Cigarrillos*	Puro grande**	Puro pequeño**	Pipa**	Picadura de tabaco**
3	<input type="checkbox"/> ≥ 31	<input type="checkbox"/> ≥ 6	<input type="checkbox"/> ≥ 10	<input type="checkbox"/> ≥ 10	<input type="checkbox"/> ≥ 20
2	<input type="checkbox"/> 21-30	<input type="checkbox"/> 4- 5	<input type="checkbox"/> 7- 9	<input type="checkbox"/> 7- 9	<input type="checkbox"/> 13-19
1	<input type="checkbox"/> 11-20	<input type="checkbox"/> 2- 3	<input type="checkbox"/> 4- 6	<input type="checkbox"/> 4- 6	<input type="checkbox"/> 6-12
0	<input type="checkbox"/> <10	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5

*Test de Fagerström; **valores orientativos (unidades/día)

¿Cuánto tiempo pasa desde que te levantas y fumas el primer cigarrillo?

Puntos	Tiempo
3	<input type="checkbox"/> Menos de 5 minutos
2	<input type="checkbox"/> De 6 a 30 minutos
1	<input type="checkbox"/> De 31 a 60 minutos
0	<input type="checkbox"/> Más de una hora

Resultado del test de Fagerström breve: **5-6 (Alta)** **3-4 (Moderada)** **1-2 (Baja)**

15. Índice paquetes/año = _____ CO _____

16. ¿Tienes algún problema de salud relacionado o no con el tabaco? No Sí

¿Cuál/es? _____

17. ¿Tomas algún tipo de medicación? No Sí ¿Cuál/es? _____

18. ¿Te preocupa el peso? No Sí Peso: _____

19. Tratamiento :

Sin ayuda farmacológica TSN caramelos/chicles TSN parches

Bupropión Contraindicaciones? No Sí TA: _____

Vareniclina Contraindicaciones? No Sí

Otros: _____

Pauta: _____

ÚLTIMA VISITA O LLAMADA TELEFÓNICA A LOS 12 MESES

Fecha:

Recaída? No
 Sí Causa/s: _____

CO: _____ Peso: _____

¡Felicitación! REGISTRAR en su HC como EXFUMADOR.