

Història clínica del fumador o fumadora

Data ____/____/____

CIP _____

Nom _____

Edat ____ anys

Sexe: Dona Home

Edat d'inici del consum: ____ anys

1. Quants intents has fet per deixar de fumar? _____
2. Quin és el temps màxim en mesos que has estat sense fumar? _____
3. Quin/s mètode/s has utilitzat?

<input type="checkbox"/> Sense tractament	<input type="checkbox"/> TSN	<input type="checkbox"/> Psicoteràpia	<input type="checkbox"/> Acupuntura
<input type="checkbox"/> Bupropió	<input type="checkbox"/> Vareniclina	<input type="checkbox"/> Altres _____	
4. Motiu/s de recaiguda/es: _____
5. Vols posar una data per deixar de fumar? No Sí Dia D ____/____/____
6. Vols o necessites ajuda per deixar de fumar? No Sí
7. Algú fuma a casa teva? No Sí Qui? _____
8. Tens fills? No Sí
9. Fumen els teus amics? No Sí
10. Fumen els teus companys de feina? No Sí
11. Què t'agrada del tabac? (Motius per fumar)

<input type="checkbox"/> Facilita la concentració	<input type="checkbox"/> Per plaer
<input type="checkbox"/> Hàbit bucomanual	<input type="checkbox"/> Em tranquil·litza
<input type="checkbox"/> M'estimula	<input type="checkbox"/> Dependència social
<input type="checkbox"/> Control de la gana (pes)	<input type="checkbox"/> Imitació
<input type="checkbox"/> Dependència física	<input type="checkbox"/> Altres (especifica'ls) _____

12. Importància (0-10) _____

Per què X i no 1?

Per què X i no 9?

13. Confiança (0-10) _____

Per què X i no 1?

Per què X i no 9?

14. Dependència: test de Fagerström breu.

Quin tipus i quantitat de tabac fumes diàriament?

Punts	Cigarretes*	Cigar gran**	Cigar petit**	Pipa**	Picadura de tabac**
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; **valors orientatius (unitats/dia).

Quant temps passa des que et lleves fins que fumes la primera cigarreta?

Punts	Temps
3	<input type="checkbox"/> Menys de 5 minuts
2	<input type="checkbox"/> De 6 a 30 minuts
1	<input type="checkbox"/> De 31 a 60 minuts
0	<input type="checkbox"/> Més d'una hora

Resultat del test de Fagerström breu:

5-6 (Alta) 3-4 (Moderada) 1-2 (Baixa)

15. Índex paquets/any = _____ CO _____

16. Tens cap problema de salut relacionat o no amb el tabac? No Sí

Quin/s? _____

17. Prens algun tipus de medicació? No Sí

Quina? _____

18. Et preocupa el pes? No Sí Pes _____

19. Tractament:

Sense ajuda farmacològica TSN caramels/xiclets TSN pegats

Bupropió Contraindicacions? No Sí TA _____

Vareniclina Contraindicacions? No Sí

Altres _____

Pauta _____

| ÚLTIMA VISITA O TRUCADA TELEFÒNICA ALS 12 MESOS

Data ____/____/____

Recaiguda? No Sí Causa/es _____

Data ____/____/____ CO _____ Pes _____

Felicitar! REGISTRAR en la seva HC com a EXFUMADOR