

HISTÒRIA CLÍNICA D'AJUDA PER DEIXAR DE FUMAR

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?

Sense tractament TSN Psicoteràpia Acupuntura
 Bupropió Vareniclina Altre _____

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)

Facilita la concentració. Per plaer.
 Hàbit bucomanual. Em tranquil·litza.
 M'estimula. Dependència social.
 Control de la gana (pes). Imitació.
 Dependència física. 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	Cigarrets*	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 i fumes el primer cigarret?

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. l'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/es? _____

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.