##### HISTÒRIA CLÍNICA D’AJUDA PER DEIXAR DE FUMAR

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Motiu/s de recaiguda/es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Vols posar una data per deixar de fumar?  No  Sí **Dia D**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_
3. Vols o necessites ajuda per deixar de fumar? No  Sí
4. Algú fuma a casa teva?  No  Sí Qui? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Tens fills?  No  Sí
6. Fumen els teus amics?  No  Sí
7. Fumen els teus companys de feina?  No  Sí
8. 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Importància (0-10): \_\_\_\_\_\_\_\_**

Per què X i no 1?

Per què X i no 9?

1. **Confiança (0-10): \_\_\_\_\_\_\_\_**

Per què X i no 1?

Per què X i no 9?

1. **Dependència:** test de Fagerström breu.
   * + Quin tipus i quantitat de tabac fumes diàriament?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Punts** | | **Cigarrets\*** | **Cigar gran\*\*** | | | **Cigar petit\*\*** | **Pipa\*\*** | | **Picadura de tabac\*\*** | | |
| 3 | ≥ 31 | | | ≥ 6 | ≥ 10 | | | ≥ 10 | | ≥ 20 |
| 2 | 21-30 | | | 4-5 | 7-9 | | | 7- 9 | | 13-19 |
| 1 | 11-20 | | | 2-3 | 4-6 | | | 4-6 | | 6-12 |
| 0 | <10 | | | 1 | 3 | | | 3 | | 5 |

\*Test de Fagerström; \*\*valors orientatius (unitats/dia)

* + - Quant temps passa des que et lleves i fumes el primer cigarret?

|  |  |
| --- | --- |
| **Punts** | **Temps** |
| **3** | Menys de 5 minuts |
| **2** | De 6 a 30 minuts |
| **1** | De 31 a 60 minuts |
| **0** | Més d’una hora |

Resultat del test de Fagerström breu:  **5-6 ( Alta)  3-4 (Moderada)  1-2 (Baixa)**

**CO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (opcional)**

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

Quin/s? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Prens algun tipus de medicació?  No  Sí Quina/es?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Et preocupa el pes?  No  Sí **…….** Pes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 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: \_\_\_\_\_\_\_ **(opcional)**

**Felicitar!**

**REGISTRAR en la seva HC com a EXFUMADOR.**