##### 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.**