

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

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	☐ ≥ 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 llesves 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)

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

Quin/s? _____

16. Prens algun tipus de medicació? ☐ No ☐ Sí Quina/es? _____

17. Et preocupa el pes? ☐ No ☐ Sí Pes: _____

18. 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.