

# Historia clínica del fumador o fumadora

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CIP \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_ años

Sexo:  Mujer  Hombre

Edad de inicio del consumo: \_\_\_\_ años

1. Cuántos intentos para dejar de fumar has hecho? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es el tiempo máximo en meses que has estado sin fumar? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué método/s has utilizado?

- Sin tratamiento       TSN       Psicoterapia       Acupuntura  
 Bupropión       Vareniclina       Otros \_\_\_\_\_

4. Motivo/s de recaída/s: \_\_\_\_\_

5. ¿Quieres poner una fecha para dejar de fumar?  No  Sí    Día D \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6. ¿Quieres o necesitas ayuda para dejar de fumar?       No  Sí

7. ¿Alguien fuma en tu casa?       No  Sí    ¿Quién? \_\_\_\_\_

8. ¿Tienes hijos?       No  Sí

9. ¿Fuman tus amigos?       No  Sí

10. ¿Fuman tus compañeros de trabajo?       No  Sí

11. ¿Qué te gusta del tabaco? (Motivos para fumar)

- Facilita la concentración       Por placer  
 Hábito bucomanual       Me tranquiliza  
 Me estimula       Dependencia social  
 Control del hambre (peso)       Imitación  
 Dependencia física       Otros (especificalos) \_\_\_\_\_

12. Importancia (0-10) \_\_\_\_\_

¿Por qué X y no 1?

\_\_\_\_\_

¿Por qué X y no 9?

\_\_\_\_\_

13. Confianza (0-10) \_\_\_\_\_

¿Por qué X y no 1?

\_\_\_\_\_

¿Por qué X y no 9?

\_\_\_\_\_

#### 14. Dependencia: test de Fagerström breve.

¿Qué tipo y cantidad de tabaco fumas diariamente?

Puntos	Cigarrillos*	Puro grande**	Puro pequeño**	Pipa**	Picadura de tabaco**
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; \*\*valores orientativos (unidades/día).

¿Cuánto tiempo pasa desde que te levantas hasta que fumas el primer cigarrillo?

Puntos	Tiempo
3	<input type="checkbox"/> Menos de 5 minutos
2	<input type="checkbox"/> De 6 a 30 minutos
1	<input type="checkbox"/> De 31 a 60 minutos
0	<input type="checkbox"/> Más de una hora

Resultado del test de Fagerström breve:

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

15. Índice paquetes/año = \_\_\_\_\_ CO \_\_\_\_\_

16. ¿Tienes algún problema de salud relacionado o no con el tabaco?  No  Sí  
¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

17. ¿Tomas algún tipo de medicación?  No  Sí  
¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

18. ¿Te preocupa el peso?  No  Sí    Peso \_\_\_\_\_

19. Tratamiento:

Sin ayuda farmacológica     TSN caramelos/chicles     TSN parches  
 Bupropión    ¿Contraindicaciones?  No     Sí    TA \_\_\_\_\_  
 Vareniclina    ¿Contraindicaciones?  No     Sí

Otros \_\_\_\_\_

**Pauta** \_\_\_\_\_

#### | ÚLTIMA VISITA O LLAMADA TELEFÓNICA A LOS 12 MESES

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Recaída?  No     Sí    Causa/s \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    CO \_\_\_\_\_    Peso \_\_\_\_\_

**¡Felicitar! REGISTRAR en su HC como EXFUMADOR**