

**ASOCIACIÓN AZAHAR PARA LA
PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO Y
SUS ENFERMEDADES**



FICHA DEL FUMADOR

FECHA 1ª VISITA: _____

Nº HISTORIA

DATOS PERSONALES

Sexo	<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> MUJER
Fecha de nacimiento		
Nombre y apellidos		
Dirección		
Población		
Teléfono		
Movil		
Estudios		
Profesión		
Situación laboral		

HISTORIA DE TABAQUISMO

HÁBITO TABÁQUICO	
Edad de comienzo	
Edad de consumo regularizado	
Motivo de inicio del hábito	

¿Qué cantidad y tipo de tabaco fuma usted por término medio al día?

TIPO DE TABACO	CANTIDAD
<input type="checkbox"/> RUBIO <input type="checkbox"/> NEGRO	
<input type="checkbox"/> GIGARRILLOS	

<input type="checkbox"/> PUROS	
<input type="checkbox"/> PURITOS	
<input type="checkbox"/> PIPA	
<input type="checkbox"/> NARGUILE O PIPA DE AGUA	
<input type="checkbox"/> TABACO MASCADO	

SITUACIONES QUE AUMENTAN EL CONSUMO		
El relax	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
El estrés	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ambientes Sociales	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

CONSUMO Y ENTORNO		
Fuma su familia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fuman sus compañeros	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fuman sus amigos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

¿Intentó previamente dejarlo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Nº VECES:
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------

¿Qué métodos y medios utilizó en anteriores ocasiones?

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Chicles de nicotina	<input type="checkbox"/>
Parches transdérmicos de nicotina	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Si consiguió dejarlo, ¿qué motivos piensa usted que le indujeron a la recaída?

--

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

	SI	NO
¿Tiene tos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene expectoración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene fatiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ronca por la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene silibancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Padece alguna enfermedad?

	ENFERMEDAD	ESPECIFICAR	¿RECIBE TRATAMIENTO?
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES CARDÍACAS (cardiopatía isquémica, arritmias, vasculopatías periféricas)		

<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
<input type="checkbox"/>	BRONQUITIS CRÓNICA SIMPLE O CLÍNICA		
<input type="checkbox"/>	EPOC		
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DIGESTIVAS		
<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS		
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES MENTALES (ansiedad, depresión esquizofrenia, trastorno bipolar...)		
<input type="checkbox"/>	ALERGIAS		
<input type="checkbox"/>	DIABETES		
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES REUMÁTICAS (artritis reumatoide, fibromialgia ...)		
<input type="checkbox"/>	CEFELEA		
<input type="checkbox"/>	OTRAS (ESPECIFICAR)		

CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS

¿Consumo o ha consumido otras sustancias tóxicas además del tabaco?

SUSTANCIA	FRECUENCIA	CANTIDAD
CANNABIS		
ALCOHOL		
COCAÍNA		
HEROÍNA		
DROGAS DE SINTESIS		
OTRAS (ESPECIFICAR)		

TEST DE FAGERSTRÖM

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
10 o menos	0
11 a 21	1
21 a 30	2
31 o más	3
2. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma el primer cigarrillo del día?	
En 5 minutos o menos	3

En 6-30 minutos	2
En 31-60 minutos	1
Después de 60 segundos	0
3. ¿Fuma con más frecuencia durante las primera horas después de despertarse que durante el resto del día?	
Si	1
No	0
4. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	
Si	1
No	0
5. ¿Fuma cuando está enfermo?	
Si	1
No	0
6. ¿Qué cigarrillo le produce mayor placer?	
El primero del día	1
Otros	0

TEST DE RICHMOND

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	
No	0
Si	1
2. ¿Tiene realmente ganas de dejar de fumar?	
Ninguna	0
Pocas	1
Bastantes	2
Muchas	3
3. ¿Cree que conseguirá dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	
No creo	0
Quizás	1
Probablemente	2
Seguro	3
4. ¿Piensa que será exfumador/a dentro de 6 meses?	
Muy difícil	0
Podría ser	1
Es probable	2
Seguro	3

CUESTIONARIO DE ESTADO DE ÁNIMO (BECK)

Rellene todos los datos anteriores. Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa al modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el cuadro de la afirmación que haya escogido.

- I**
- No me encuentro triste
 - Me siento triste o melancólico
 - Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
 - Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

- II**
- No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
 - Me siento desanimado respecto al futuro
 - No tengo nada que esperar del futuro
 - No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
- III**
- No me siento fracasado
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 - Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 - Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)
- IV**
- No estoy particularmente descontento
 - No disfruto de las cosas como antes
 - No encuentro satisfacción en nada
 - Me siento descontento de todo
- V**
- No me siento particularmente culpable
 - Me siento malo o indigno muchas veces
 - Me siento culpable
 - Pienso que soy muy malo o indigno
- VI**
- No me siento decepcionado conmigo mismo
 - Estoy decepcionado conmigo mismo
 - Estoy disgustado conmigo mismo
 - Me odio
- VII**
- No tengo pensamiento de dañarme
 - Creo que estaría mejor muerto
 - Tengo planes precisos para suicidarme
 - Me mataría si tuviese ocasión
- VIII**
- No he perdido interés por los demás
 - Estoy menos interesado en los demás que antes
 - He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 - He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
- IX**
- Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
 - Trato de no tener que tomar decisiones
 - Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 - Ya no puedo tomar decisiones
- X**
- No creo que mi aspecto haya empeorado
 - Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
 - Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
 - Siento que mi aspecto es feo y repulsivo

- XI**
- Puedo trabajar igual de bien que antes
 - Me cuesta un esfuerzo especial el comenzar a hacer algo
 - Debo esforzarme mucho en hacer cualquier cosa
 - No puedo realizar ningún trabajo
- XII**
- No me canso más que antes
 - Me canso más fácilmente que antes
 - Me canso por cualquier cosa
 - Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
- XIII**
- Mi apetito no es peor de lo normal
 - Mi apetito no es tan bueno como antes
 - Mi apetito es ahora mucho peor
 - He perdido el apetito

TEST DE RUSSELL

Presentamos a continuación algunas afirmaciones que la gente hace sobre el fumar. Por favor, indique en cada afirmación el grado, rodeando con un círculo el número más apropiado siguiendo la siguiente escala.

- 0-----No le sucede nada.
 1-----Le sucede un poco.
 2-----Le sucede bastante.
 3-----Le sucede mucho.

1. Pienso que mejor mi aspecto con un cigarrillo entre las manos.	0 1 2 3
2. Me siento más maduro/a y sofisticado/a cuando fumo.	0 1 2 3
3. Me siento más atractivo/a con el sexo opuesto cuando fumo.	0 1 2 3
4. Tener un cigarrillo entre los dedos es una parte del placer que me da fumar.	0 1 2 3
5. Fumo para tener algo que hacer con las manos.	0 1 2 3
6. Fumo para tener algo que llevar a la boca.	0 1 2 3
7. Me gusta fumar sobre todo cuando estoy descansado.	0 1 2 3
8. Obtengo un gran placer fumando sea cuando sea.	0 1 2 3
9. Cuando estoy cómodo/a y relajado/a es cuando más deseo fumar.	0 1 2 3
10. Fumo más cuando siento preocupación por algo.	0 1 2 3
11. Cuando me siento infeliz fumo más.	0 1 2 3
12. Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado/a.	0 1 2 3
13. Me siento más estimulado y alerta cuando fumo.	0 1 2 3

14. Fumar me ayuda seguir adelante cuando estoy muy cansado/a.	0 1 2 3
15. Fumar me ayuda a pensar y concentrarme.	0 1 2 3
16. Cuando me quedo sin cigarrillos me es casi insoportable hasta que vuelvo a tenerlos.	0 1 2 3
17. Tengo muchas ganas de fumar cuando no he fumado durante un rato.	0 1 2 3
18. Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello.	0 1 2 3
19. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta que tengo otro encendido en el cenicero.	0 1 2 3
20. Fumo automáticamente a pesar de estar atento.	0 1 2 3
21. Me encuentro fumando sin recordar haber encendido el cigarrillo.	0 1 2 3
22. Siento un gran deseo de fumar cuando tengo que parar cualquier actividad por un momento.	0 1 2 3
23. Me resulta difícil estar una hora sin fumar.	0 1 2 3
24. Me resultaría muy difícil estar una semana sin fumar	0 1 2 3

ACTUACIÓN Y OBSERVACIONES

Introducción informativa al tabaquismo

Apoyo y tratamiento psicológico

TRATAMIENTO NICOTÍNICO

Chicles	2mg <input type="checkbox"/>
	4mg <input type="checkbox"/>

Caramelos	1mg <input type="checkbox"/>
	2mg <input type="checkbox"/>

Parches (16)	15mg <input type="checkbox"/>
	10mg <input type="checkbox"/>
	5 mg <input type="checkbox"/>

Parches (24)	21mg <input type="checkbox"/>
	14mg <input type="checkbox"/>
	7mg <input type="checkbox"/>

ANSIOLÍTICO-ANTIDEPRESIVO

CHAMPIX

OBSERVACIONES

ANEXO HISTORIA DE TABAQUISMO

FECHA 1ª VISITA	
CO	
COHb	

	1ª Visita	2ª Visita	3ª Visita	4ª Visita	5ª Visita	6ª Visita
Fecha						
CO						
COHb						
Peso						
Tratamiento						
Ganas de fumar						
Irritabilidad						
Ansiedad						
Dific. concentrac.						
Cansancio						

Cefalea						
Estreñimiento						
Más apetito						
Depresión						
Somnolencia						