

FARMACIA -----

-----

Teléfono:-----

## PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente n°: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Calendario de citas

Cita		Fecha	Cita		Fecha
1ª	Día D		6ª	D+7S	
2ª	D+1S		7ª	D+9S	
3ª	D+2S		8ª	D+12S	
4ª	D+3S		9ª	D+24S	
5ª	D+5S		10ª	D+1A	

Observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

### Antecedentes familiares:

HTA: SI  NO

COLESTEROL: SI  NO

DM (Azúcar alto) : SI  NO

NEOPLASIAS: SI  NO

CARDIOPATÍAS: SI  NO

ENF. RESPIRATORIAS: SI  NO

### Antecedentes personales:

¿Qué enfermedades pasó?

¿Estuvo ingresado alguna vez?

### Enfermedad actual e intervenciones quirúrgicas:

### Tratamientos médicos actuales:

### Alergias:

- A medicamentos:
- A comidas:

¿Padece o ha padecido depresión?

NO

SI

En caso afirmativo tipo de tratamiento: Psicológico

Farmacológico  ¿Cual?

¿Padece estreñimiento habitual? NO

SI

¿Tiene problemas con el sueño? NO

SI

En caso afirmativo toma algún tratamiento:

¿Le preocupa el peso?

NO

SI

### Consumos habituales:

Bebidas alcohólicas:

NO

SI

¿Cuál o tipo?

Unidades en día hábil:

Unidades en fin de semana:

Productos estimulantes:

NO

SI

Café, té, cola, ...

Unidades en día hábil:

Unidades en fin de semana:

Otras drogas:

NO

SI

Unidades en día hábil:

Unidades en fin de semana:

## HISTORIA TABÁQUICA

<b>Edad de inicio:</b>	<b>Edad de consumo regular:</b>
<b>Número de cigarrillos día:</b>	
<b>¿Cómo los fuma?</b>	
<b>¿Necesita levantarse a fumar por la noche?</b>	

<b>Número de intentos previos de deshabituación:</b>	<b>Tiempo máximo de abstinencia:</b>
<b>Motivo de la recaída:</b>	
<b>Tratamiento utilizado:</b>	

<b>Ambiente tabáquico:</b>					
Familia: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Trabajo: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Amigos: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			

## VALORACIÓN DEL PACIENTE

<b>Resultado de los test:</b>	<b>Test de Fagerström:</b>
Test de Russel:	

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

	Puntuación basal fumando	Visita									
		1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Dolor de cabeza											
Nerviosismo/Ansiedad											
Irritabilidad/Enfado											
Dificultad de concentración											
Mareo											
Depresión/Tristeza											
Cansancio											
Somnolencia											
Insomnio											
Estreñimiento											
Aumento de apetito											
Irritación de garganta											
Tos											
Deseo de fumar incontrolado											
<b>Total</b>											
		No = 0	Leve = 1	Moderado = 2	Intenso = 3						

## VISITAS

<b>1ª Fijar día D</b>	CO:	Peso:	Presión arterial: /
Tratamiento basal:			
<b>2ª D+1S</b>	CO:	Peso:	Presión arterial: /
Comentarios:			
<b>3ª D+2S</b>	CO:	Peso:	Presión arterial: /
Comentarios:			
<b>4ª D+3S</b>	CO:	Peso:	Presión arterial: /
Comentarios:			
<b>5ª D+5S</b>	CO:	Peso:	Presión arterial: /
Comentarios:			
<b>6ª D+7S</b>	CO:	Peso:	Presión arterial: /
Comentarios:			
<b>7ª D+9S</b>	CO:	Peso:	Presión arterial: /
Comentarios:			
<b>8ª D+12S</b>	CO:	Peso:	Presión arterial: /
Comentarios:			
<b>9ª D+24S</b>	CO:	Peso:	Presión arterial: /
Comentarios:			
<b>10ª D+1A</b>	CO:	Peso:	Presión arterial: /
Comentarios:			