*Consulenza per smettere di fumare: Modulo per l’assistenza*

Non si devono necessariamente raccogliere tutte le informazioni. La cosa migliore è quella di registrare le informazioni nel corso di un normale colloquio, mentre la fumatrice/il fumatore racconta attivamente.

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome: | Nome: |
| Data di nascita | 🞏 m 🞏 f |
| Numero tel.: | Mail: |
| Medico di famiglia: | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.-Colloquio del (data):** | | | | | | |
| Consumo | | Attualmente ∅ consumo di sigarette  al giorno: | | | Età di inizio del fumare | |
|  | da quanti anni fuma | | | Pacchetti/anni: | | |
| Dipendenza dalla nicotina  🞏 1-2: molto. debole  🞏 3-4 debole/media  🞏 5-6 alta/molto alta | | Quanto tempo dopo essersi alzata/o fuma la prima sigaretta | < 5 min 🞏 (3)  5-30 min 🞏 (2)  30-60 min 🞏 (1)  > 60 min 🞏 (0) | | Quante sigarette fuma al giorno? | < 10 sig: 🞏 (0)  11-20 sig.: 🞏 (1)  21-30 sig.: 🞏 (2)  > 30 sig.: 🞏 (0) |
| Disturbi alla salute attuali: | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Precedenti tentativi di smettere:  Durata, con quali aiuti (farmaci, agopuntura,…), positivo/negativo | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Contesto personale:   * Fumatori in famiglia, al lavoro, amici * Persone che possono aiutare | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Motivi personali per smettere, utilità e vantaggi. | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Barriere, timori | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Alternative alla sigaretta (=> foglio di autocontrollo)  Strategie | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gratificazione |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Obiettivi fissati  Altre annotazioni |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Opuscoli consegnati | 🞏 consigli 🞏 obiettivo non fumare 🞏 volantino sui farmaci 🞏 scheda di autocontrollo  🞏 Altri | | | |
| Terapia con farmaci | 🞏 cerotto  (🞏Nicorette 🞏Nicotinell) | 🞏 gomma da masticare  (🞏 2 mg 🞏 4 mg) | | 🞏 compresse da succhiare Nicotinell  (🞏 1 mg 🞏 2 mg) |
| 🞏 Microtab | 🞏 Spray per uso orale | | 🞏 Inalatore |
| 🞏 Vareniclina (Champix®) | 🞏 Bupropione (Zyban®) | |  |
|  | | | |
| Decisone di Triage, assegnazione | 🞏 Medico di famiglia: | | 🞏 Linea Stop tabacco | |
|  | 🞏 Altri | | | |
| Appuntamento per il successivo consulto |  | | | |

**Consulto successivo (data):**

|  |  |
| --- | --- |
| Consumo attuale:   * Smesso il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Scivolone (come è successo, come reagire, che atteggiamento) * Ricaduta (come è successo, atteggiamento) * Nuova data per smettere di fumare |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Andamento, notizie sul colloquio:   * Cosa fa piacere, cosa è riuscito * Cosa riesce difficile * Reazioni dell’ambiente * Sintomi da disassuefazione * Nuovi obiettivi * Altre annotazioni |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Farmaci (dosaggio, tollerabilità, ecc.) |  |
|  |
|  |
| **Prossimo appuntamento:** |  |