*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: | Etàdi 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 fissatiAltre 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:**  |  |