

Abordaje del tabaquismo en tiempo real usando metodología 1-15-30.

Datos de identificación del paciente: _____ Edad: _____

¿Cuánto fuma?: _____ cigarrillos/día Edad inicio _____ Fecha abandono: _____ (Día D)

Motivos para dejar de fumar (Ventajas) _____
 Motivos para seguir fumando (Dificultades) _____

Entorno: Familiar No fumador Fumador / Laboral No fumador Fumador / Social No fumador Fumador

Intentos previos de abandono del tabaco _____ veces

¿Tuvo recaídas los primeros días? Sí No

¿Cuánto tiempo (el máximo) estuvo sin fumar? _____

¿Qué métodos utilizó? _____

¿Por qué motivos recayó? _____

Dependencia nicotina: **Test de Fagerström breve.** Se suma la puntuación de las dos preguntas y el resultado se valora así: de 5 a 6 corresponde a dependencia alta; de 3 a 4 a dependencia moderada, y de 0 a 2 a dependencia baja.

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	<input type="checkbox"/> Más de 30 (3 puntos)	<input type="checkbox"/> De 11 a 20 (1 punto)
	<input type="checkbox"/> De 21 a 30 (2 puntos)	<input type="checkbox"/> Diez o menos (0 puntos)
2. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?	<input type="checkbox"/> Hasta 5 minutos (3 puntos)	<input type="checkbox"/> De 31 a 60 minutos (1 punto)
	<input type="checkbox"/> De 6 a 30 minutos (2 puntos)	<input type="checkbox"/> Más de 60 minutos (0 puntos)

Recomendar hacer un registro previo de los cigarrillos que fuma. (<https://bit.ly/consejosparadejardefumar>)

¿Ha comunicado la decisión de dejar de fumar? _____

¿Posibles dificultades para dejar de fumar y alternativas elegidas? _____

Consejos para hacer más fácil el abandono (<https://bit.ly/consejosparadejardefumar>) _____

Valoración uso medicación _____

VISITAS

A los 15 días visita 1

A los 30 días visita 2

<ul style="list-style-type: none"> Preguntar consumo tabaco. Felicitar si no fuma, si recaída valorar circunstancias. 	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> Beneficios y dificultades de dejar de fumar. 	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> Valorar síndrome abstinencia 	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> Control medicación 	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> Recomendación de abstinencia total 	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> ¿Necesita un seguimiento más intensivo? ¿Problemas residuales? 	_____	_____