

Programa de cesación de Tabaquismo

Formulario de control de SESIONES

Por favor responda **TODAS las preguntas**, no deje ningún casillero u opción en blanco.

En los casilleros grandes hay que poner números, si la respuesta es cero o ninguno, coloque el número 0, **no lo deje en blanco**.

Los casilleros triangulares (Δ) son para marcar una respuesta a una pregunta. Ponga **una cruz** en el que corresponda a su/s respuesta/s. Siempre se requiere marcar uno o más de los casilleros triangulares, **no deje todos los casilleros en blanco de una misma pregunta**.

Los renglones son para escribir. Si tiene que escribir, hágalo en lo posible con letra de imprenta.

Nombre completo _____

C.I.:

Fecha: ____/____/____

¿Aproximadamente cuántos cigarrillos fumó por día en la última semana?

Sólo marque 0 si usted no fumó ningún cigarrillo en toda la semana.

¿Está tomando medicación para dejar de fumar?

Δ No

Δ Si

Si toma, ¿que medicación?

CHICLES Δ No

Δ Si Aprox. ¿Cuántos por día?

BUPROPIÓN Δ No

Δ Si ¿Cuántos por día? Δ 1 Δ 2

¿Tuvo alguna molestia que atribuya a medicación? Δ No Δ Si

¿Cuál? _____

**Si hace más de 1 mes que no viene a un control,
por favor complete las preguntas de este cuadro**

¿Ha fumado algún cigarrillo desde su último control en el programa? Δ Si Δ No

¿Logró mantenerse sin fumar por lo menos 1 semana desde el último control? Δ Si Δ No

Si está sin fumar, ¿desde qué fecha no fuma? ____/____/____

Espacio reservado para el MÉDICO que le indicará la medicación

El paciente presenta alguna de estas situaciones clínicas:

- Δ Angor inestable
- Δ IAM en las últimas 2 semanas.
- Δ HTA descontrolada o en fase acelerada
- Δ Arritmias con riesgo vital
- Δ Arteriopatía obstructiva de miembros inferiores severa
- Δ Diabetes tratada con insulina o HGO.
- Δ Insuficiencia renal o hepática.
- Δ Mujer embarazada o lactando.
- Δ El paciente es menor de 18 años.

MEDICACIÓN INDICADA :

Fecha esperada del próximo control: ____/____/____

Δ **Bupropión** Comprimidos diarios: _____

Δ **Chicles** Cantidad diaria promedio: _____

Médico responsable: N° de caja profesional _____ Dr. _____

MOTIVO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN POR EL EQUIPO DEL FNR

- Δ Dosis diferentes a la normativa.
- Δ Tiempo de tratamiento diferente a la normativa.
- Δ Indicación de medicación que requiere precaución por comorbilidad.
- Δ Otra situación.

Breve resumen del motivo de solicitud de evaluación:

Teléfono celular del Médico Responsable: _____

Correo electrónico: _____