

### Formulario de CONTROL

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?  No  Si

Si toma, ¿que medicación?  CHICLES  BUPROPIÓN  PARCHES  VARENICLINA

¿Cuántos por día? \_\_\_  
¿Cuántos por día?  1  2  
Dosis diaria (mg) \_\_\_  
¿Cuántos por día? \_\_\_

¿Tuvo alguna molestia que atribuya a medicación?  No  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?  Si  No  
¿Logró mantenerse sin fumar por lo menos 1 semana desde el último control?  Si  No  
Si está sin fumar, ¿desde qué fecha no fuma? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### EVALUACIÓN DEL EPOC

Alguna vez se realizó espirometría?  Si  No      Se hizo diagnóstico de EPOC?  Si  No

### Sreening de EPOC

¿En las últimas 4 semanas cuanto tiempo sintió que le faltaba el aire?

Nunca  Muy poco tiempo  Algo de tiempo  La mayoría del tiempo  Siempre

¿Cuándo tose tiene flemas?

No, nunca  Sólo con resfríos o bronquitis ocasionales  Algunos días del mes  
 La mayoría de los días de la semana  Todos los días

¿Por mi problema respiratorio puedo hacer menos actividades de lo que estaba acostumbrado (seleccione la mejor respuesta)

Totalmente en desacuerdo  En desacuerdo  No estoy seguro  
 De acuerdo  Completamente de acuerdo

**Espacio reservado para el MÉDICO que le indicará la medicación**

El paciente presenta alguna de estas situaciones clínicas:

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

**MEDICACIÓN INDICADA :**

Fecha esperada del próximo control: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Bupropión** Comprimidos diarios: \_\_\_\_\_
- Chicles** Cantidad diaria promedio: \_\_\_\_\_
- Períodos de autorización (cada uno de 15 días): \_\_\_
- Parches** Dosis diaria (mg) \_\_
- Vareniclina** Comprimidos diarios: \_\_\_

**Médico responsable:** N° de caja profesional \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN POR EL EQUIPO DEL FNR**

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

**Breve resumen del motivo de solicitud de evaluación:**

---

---

---

---

---

**Teléfono celular del Médico Responsable:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_