

Formulario de INICIO

Nombre completo _____

Cédula de Identidad:

Fecha : ____/____/____

OCUPACIÓN Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Trabajo:

- Fijo Desocupado
 Changas Jubilado o pensionista

Instrucción:

- Primaria Incompleta Primaria Completa
 Secundaria Incompleta Secundaria Completa
 Terciaria Incompleta Terciaria Completa

HISTORIA DE TABAQUISMO

¿A que edad comenzó a fumar? ____

¿Cuántos cigarrillos fuma por día actualmente? ____

¿Desde cuándo? ____

el número corresponde a:

- días meses años

¿Que tipo de tabaco consume?

- cigarrillos pipa
 pipa de agua cigarro de hoja
 tabaco de armar cigarrillo electrónico
 tabaco calentado tabaco sin humo

¿Fuma el primer cigarrillo en los primeros 30' luego de despertarse?

- Si No

Indice paquete año

- 1- N° de cpd: ____ Tiempo en años: ____
2- N° de cpd: ____ Tiempo en años: ____
3- N° de cpd: ____ Tiempo en años: ____

Indice: ____

¿Cuántas veces logró dejar de fumar? ____

Si alguna vez lo logró, ¿cuanto fue el tiempo máximo que estuvo sin fumar? ____

el número corresponde a:

- días meses años

Dosificación de CO: ____ ppm

Escala visual de 1 a 10

Mínimo

Máximo



Motivación: ____

Autoeficacia: ____

Otras sustancias fumadas actualmente (últimos 3 meses)

Marihuana: Si No

Frecuencia: Diaria Semanal Mensual

Cocaína: Si No

Frecuencia: Diaria Semanal Mensual

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

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Enfermedades tabacodependientes: No Si

Vasculares Respiratorias
 Oncológicas Otras

Otros factores de riesgo vascular: No Si

HTA Diabetes Dislipemia
 Sedentarismo Otros

Enfermedades psiquiátricas: No Si

Depresión Trastorno de ansiedad Trastorno bipolar
 Bulimia/anorexia Esquizofrenia Trastorno por consumo de marihuana
 Trastorno por consumo de cocaína Trastorno por consumo de alcohol Otros

Otros antecedentes: Convulsiones Otros

Observaciones: _____

MEDICACIÓN INDICADA :

Bupropión Comprimidos diarios: ___ **Chicles** Cantidad diaria promedio: ___

Parches de nicotina Dosis diaria (mg): ___ **Vareniclina** Comprimidos diarios: ___