

INFORME DEL FUMADOR

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre Apellido

Edad años

Telf. Móvil Telf. Fijo Telf. Trabajo

Domicilio CP

Correo electrónico

Sexo: Masculino Femenino Opción sexual: Heterosexual LGTBI+

Nivel de estudios: Básico Bachillerato Medio Superior

Estado civil Soltero Casado Separado/viudo <1 mes Separado/viudo 1 - 3 meses

Separado/viudo 3 - 6 meses Separado/viudo 6 meses - 1 año Separado/viudo 1 - 3 años

Separado/viudo 3 - 6 años

DATOS DE ABANDONO Contesta una de las alternativas a las preguntas A o B

A. ¿Quieres dejar de fumar? o ¿estás pensando en dejar de fumar?

No. **PRECONTEMPLACIÓN**

Si pero tal vez mas allá de los próximos 6 meses. **PRECONTEMPLACIÓN**

Si dentro de los próximos 6 meses. **CONTEMPLACIÓN**

Si dentro de un mes. **CONTEMPLACIÓN**

B. Si acabas de dejar de fumar, ¿cuanto tiempo llevas sin fumar?

Menos de 6 meses. **ACCIÓN**

Más de 6 meses. **MANTENIMIENTO**

¿TIENES PROBLEMAS DE SALUD?

Alergias

Alcoholismo

Ansiedad

Cardiovasculares

Deportivos

Depresión

Dermatológicos

Drogas

Endocrinológicos

Otros

Estéticos

Esterilidad

Estrés

Genéticos

Ginecológicos

Hematológicos

Infecciosos

Inmunológicos

Impotencia

Maxilofaciales

Neurológicos

Obstétricos

Ocupacionales

Odontológicos

Oftalmológicos

Oncológicos

Otorrinolaringológicos

Psicológicos

Psiquiátricos

Respiratorios

Renales

Reumatológicos

Traumatológicos

Toxicomanías

Urológicos

Odontológicos

Oftalmológicos

ANTECEDENTES DE TABAQUISMO

Edad de inicio del consumo de tabaco años

Hábito tabáquico de los padres y hermanos Si No

Tabaquismo en convivientes Si No

Tabaquismo en el medio laboral Si No

Tabaquismo social Si No

TABAQUISMO ACTUAL

¿Cuántos cigarrillos fumas habitualmente al día?.....

Fumas puros y pipa Sí No

Fumas cigarrillos electrónicos Sí No

Te despiertas por la noche para fumar Sí No

Edad de inicio del consumo habitual de cigarrillos: años

¿A partir de que edad empezaste a comprar tus propios paquetes de cigarrillos?

Años de fumador: años

Paquetes al año: años

En el cuaderno de trabajo te enseñamos como hacer este cálculo

INTENTOS DE ABANDONO DEL TABACO

¿Has intentado dejar de fumar en alguna ocasión? No Sí; una o dos veces Sí; más de dos veces

¿Cuanto tiempo has estado como máximo sin fumar? <1 semana 1 - 2 semanas

2 semanas - 1 mes 1 - 2 meses 2 - 6 meses 6 meses - 1 año >1 año

MOTIVO(S) DE RECAÍDA

 Puedes marcar más de un motivo

Motivos sociales Síndrome de abstinencia con síntomas muy intensos

Incremento de la depresión Preocupación por ganancia de peso

TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN LOS INTENTOS

Ninguno Sí; por los propios medios; usando la fuerza de voluntad

Sí; has acudido a centros de deshabituación tabáquica Sí; libros de autoayuda Sí; acupuntura

Sí; hipnosis Sí; medicina tradicional o folclórica Sí; el Método DíaD: 1ª vez 2ª vez 3ª vez 4ª vez

UTILIZAS EL CIGARRILLO COMO:

En el cuaderno de trabajo te mostramos como completar el Test de Glover Nilsson

.....

.....

.....

.....

NIVEL DE DEPENDENCIA:

En el cuaderno de trabajo te mostramos como completar el Test de Fagerstrón.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO RECOMENDADO:

Consulta con el médico de cabecera el tratamiento recomendado por DíaD.

.....

.....

.....

.....

Este informe te servirá para:

- Tomar conciencia sobre tu conducta adictiva.
- Tener organizada y disponible tu Historia Clínica de fumador.
- Informar sobre tu Historia Clínica a tu médico (o terapeuta) y, a tu grupo de apoyo DíaD. Al saber mas sobre ti, te podrán ayudar mejor.
- Acelerar tu proceso diagnóstico de tabaquismo con tu médico.
- Valorar y discutir tus opciones de tratamiento con tu médico de cabecera o farmacéutico.
- Ayudar a otros fumadores participando; con tu consentimiento informado y, de forma completamente anónima en diversos estudios clínicos

“Te deseamos un buen camino hacia tu abstinencia definitiva”



www.diadmbe.es

UTILIZA NUESTROS RECURSOS QUE
TE AYUDARÁN EN EL CAMINO
DE TU ABSTINENCIA

