



Tratamiento para dejar de fumar

Por favor, rellena el máximo de información ya que así podremos personalizar el tratamiento y aumentar las probabilidades de dejar de fumar. Muchas gracias de antemano.

Fecha:

Centro/lugar de celebración:

Datos generales

1. Nombre:

2. Apellidos:

3. Localidad:

4. Teléfono:

5. Móvil:

6. e-Mail:

7. Sexo (hombre/mujer):

8. Peso:

9. Altura:

10. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):

Tabaquismo

11. Edad de inicio consumo:

12. Intentos previos

12.1 ¿Cuántos?

12.2 Duración máxima:

12.3 Motivo Recaída:

13. ¿Has utilizado anteriormente algún método para dejar de fumar? (marca todos los utilizados)

Nunca he dejado de fumar

Nada

Zyntabac

Champix

Tratamiento psicológico

Parches de nicotina

Chicles/comprimidos

Otros métodos

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, UTT informa que los datos recogidos se incorporarán en un fichero cuya utilización será única y exclusivamente para facilitar el seguimiento terapéutico y en ningún caso serán compartidos con terceros, pudiendo ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, si lo considera oportuno.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE 

A DEVOLVER POR FAX AL 932607671

14. Test de Dependencia a la nicotina.

14.1. ¿Cuanto tiempo tardas en fumarte el primer cigarrillo después de levantarte?

- Hasta de 5 minutos (3 p)
- De 6 a 30 minutos (2 p)
- De 31 a 60 minutos (1 p)
- Más de 60 minutos (0 p)

14.2. Número de cigarrillos/día último año:

15. ¿Por qué quieres dejar de fumar?

16. Si tienes alguna enfermedad diagnosticada indícala a continuación:

17. Si tomas alguna medicación indícala a continuación:

18. Día planificado para dejar de fumar:

Tratamiento Recomendado (NO RELLENAR)

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| 19. <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> TTS-21 | <input type="checkbox"/> NC-15 |
| <input type="checkbox"/> Champix | <input type="checkbox"/> TTS-14 | <input type="checkbox"/> NC-10 |
| <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Comprimidos 1 (_____) | <input type="checkbox"/> Chicles 2 (_____) |
| | <input type="checkbox"/> Comprimidos 2 (_____) | <input type="checkbox"/> Chicles 4 (_____) |

20. Día Inicio Tratamiento farmacológico:

21. Receta

22. Observaciones: