

CENTRO ANTIFUMO DI: _____

VIA: _____ CITTÀ _____ CAP. _____

Cartella n. _____ Operatore: _____

Data: / /

a) Cognome _____ Nome _____

b) Età: _____ anni c) Sesso: M F

d) Domicilio: _____ n. _____ c.a.p. _____

Città: _____ Provincia: _____

Recapiti telefonici: _____ Cellulare: _____

E-mail: _____

e) Come è venuto a conoscenza del nostro Centro?

1) ISS 2) Amici 3) Internet 4) Media 5) Medico curante 6) Altro _____

f) Condizione lavorativa:

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> disoccupato | 7. <input type="checkbox"/> casalinga |
| 2. <input type="checkbox"/> operaio | 8. <input type="checkbox"/> infermiere |
| 3. <input type="checkbox"/> impiegato | 9. <input type="checkbox"/> medico |
| 3. <input type="checkbox"/> dirigente | 10. <input type="checkbox"/> insegnante |
| 4. <input type="checkbox"/> commerciante | 11. <input type="checkbox"/> studente |
| 5. <input type="checkbox"/> libero professionista | 12. <input type="checkbox"/> artigiano |
| 6. <input type="checkbox"/> pensionato | 13. <input type="checkbox"/> altro _____ |

g) Stato civile:

1. celibe / nubile
2. coniugato / convivente
3. divorziato / separato
4. vedovo

h) Scolarità:

1. nessuna
 2. elementare
 3. media inferiore
 4. media superiore
 5. laurea
- Anni di studio complessivi: _____

i) Per le signore (stato attuale):

gravidanza si no

menopausa si no

j) Abitudini voluttuarie:

	Età di inizio	Quantità giornaliera	Marca	Nicotina mg
<input type="checkbox"/> Sigarette				
	Quantità giornaliera		Quantità settimanale	
Caffè si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
Vino si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
Birra si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
Superalcolici si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
Aperitivi e amari si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
Altro:				

k) Pacchetti di sigarette fumati:

Quante sigarette ha fumato in media al giorno nei seguenti periodi di età?

da 10 a 20 anni _____; da 21 a 30 anni _____; da 31 a 40 anni _____; da 41 a 50 anni _____;

da 51 a 60 anni _____; da 61 a 70 anni _____; da 71 a 80 anni _____;

- pacchetti-anno = _____¹

l) Qualità del sonno:

Abitualmente dormo bene e mi sveglio riposato vero falso

m) Alimentazione:

1) Abitualmente faccio colazione e i pasti principali si no

2) Mangio spesso fuori pasto si no

3) Mangio in fretta e finisco sempre prima degli altri si no

4) Nella giornata riservo una breve interruzione per il pasto si no

5) Mangio in continuazione quando sono stanco o nervoso si no

6) Abitualmente mangio troppo si no

7) Mangio poco e senza appetito si no

8) Ho provato spesso a mettermi a dieta si no

¹ Calcolare il numero di pacchetti-anno (pack-years) in base alla formula: n° sig. fumate in media al giorno x 365 x n° anni di fumo) / 20, sommando i pack-years calcolati nelle decadi di età.

n) Fumatori nella famiglia di origine:

si no

n1) se si, chi:

Padre si no Madre si no Fratelli si no

Altro _____

Numero totale dei fumatori nella famiglia di origine (escluso lei) _____

o) Fumatori conviventi:

si no

o1) se si, chi:

Padre si no Madre si no Fratelli si no

Partner si no Figli si no Altro _____

Numero totale fumatori conviventi (escluso lei) _____

p) Precedenti tentativi di smettere di fumare:

SI NO 1 (1 volta); 2 (2 volte); 3 (più di 2 volte);

p1) Se ha risposto "SI", indichi come:

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> da solo | 7. <input type="checkbox"/> agopuntura |
| 2. <input type="checkbox"/> counselling individuale | 8. <input type="checkbox"/> stimolazione auricolare |
| 3. <input type="checkbox"/> terapia di gruppo | 9. <input type="checkbox"/> pranoterapia |
| 4. <input type="checkbox"/> terapia sostitutiva nicotina | 10. <input type="checkbox"/> ipnosi |
| 5. <input type="checkbox"/> bupropione | 11. <input type="checkbox"/> altro _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> vareniclina | |

Se ha risposto "SI" : quanto è durato il periodo più lungo in cui è riuscito a non fumare?

Giorni _____ Mesi _____ Anni _____

q) Periodo/i di astinenza superiore/i a 6 mesi: si no

r) Attualmente assume farmaci?

si

no

Se "SI", quali?

s) Scelga i suoi motivi personali per non fumare dando a ognuno un valore diverso da 1 a 10.

N.B.: Faccia una graduatoria assegnando 10 al motivo più importante per lei!

1. salute _____
2. efficienza fisica _____
3. pressioni sociali _____
4. pressioni familiari _____
5. aspetto fisico _____
6. immagine di sé _____
7. libertà _____
8. aspetti economici _____
9. motivi familiari _____
10. altro _____

t) Autoefficacia:

Segni, con un punteggio da 1 a 10, la sua possibilità di riuscire a diventare non fumatore:

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

u) Nicotine Addiction Test (di Fagerström)²:

TEST DI FAGERSTRÖM		Punteggio
1. Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	<input type="checkbox"/> entro 5 minuti <input type="checkbox"/> dopo 6-30 minuti <input type="checkbox"/> dopo 31-60 minuti <input type="checkbox"/> dopo 1 ora	3 2 1 0
2. Trova difficile non fumare nei luoghi dove è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	1 0
3. Quale sigaretta della giornata le dà maggiormente soddisfazione?	<input type="checkbox"/> la prima del mattino <input type="checkbox"/> qualsiasi altra	1 0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	<input type="checkbox"/> 10 o meno <input type="checkbox"/> da 11 a 20 <input type="checkbox"/> da 21 a 30 <input type="checkbox"/> più di 30	0 1 2 3
5. Tende a fumare più spesso nelle prime ore dopo il risveglio rispetto al resto del giorno?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	1 0
6. Fuma anche se sta talmente male da rimanere gran parte della giornata al letto?	Sì No	1 0
Punteggio totale		

Interpretazione Test

- da 0 a 2** lieve dipendenza
- 3 o 4** media dipendenza
- 5 o 6** forte dipendenza
- da 7 a 10** dipendenza molto forte

² *Heatherton et al: The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br. J. Addiction, 1991; 86 1119-112.*
Haddock KC, Lando H, Klesges C, Talcott GW, Renaud EA. A study of the psychometric and predictive properties of the Fagerstrom Test for nicotine dependence in a population of young smokers. Nicotine and Tobacco Research, 1999 I, 59-66.

v) Test VAS (Visual Addiction Scale)

Con un segno indichi sulla linea sottostante il grado della voglia di fumare che ha avuto nell'ultima settimana.

Quanta voglia di fumare ho?
(segni con una penna sulla linea)

nessuna voglia | _____ | mai avuta tanta voglia in vita mia

PUNTEGGI

NAT (Nicotine Addiction Test – di Fagerstrom)	
VAS (Visual Addiction Scale)	

z) Svolge attività fisica si no Saltuariamente

x) Hobby e passatempi:

N.B: Nel fumatore può essere opportuno valutare alcuni aspetti psicologici attraverso test da utilizzare di routine nella pratica clinica oppure solo con chi non risponde positivamente al trattamento. Gli aspetti psicologici maggiormente utili da valutare riguardano gli stati d'ansia e di depressione.

A riguardo si suggerisce l'utilizzo delle seguenti scale: la Scheda 2 sull'ansia (Forma X-1 dello State-Trait Anxiety Inventory) e la Scheda 8 (Scala QD) sulla depressione della Batteria CBA-2.0.³

³ Tratti da: CBA-2.0 Cognitive Behavioral Assessment 2.0. Manuale. II ed. Firenze: O.S. 1997.
Vedana et al. Clinical validation of an anxiety and depression screening test for intensive in-hospital rehabilitation. Monaldi Arch Chest Dis 2002; 58:2.

y) Indichi se soffre o ha mai sofferto delle seguenti malattie:

- 0 - Nulla**
- 1 – Patologia respiratoria:** 1) tosse 2) bronchite cronica 3) enfisema
 4) frequenti mal di gola 5) mancanza di fiato durante sforzi
- 2 – Patologia cardiovascolare:** 1) pressione alta 2) angina o infarto
 3) palpitazioni o aritmie cardiache 4) colesterolo o trigliceridi alti
- 3 – Diabete**
- 4 – Gastrite o Ulcera gastro-duodenale**
- 5 – Sterilità o disfunzioni erettili**
- 6 – Tumori**
- 7 – Altro**

Esame obiettivo:

Freq.card.: _____ batt./min. _____ Pressione: _____ / _____ CO espirato _____ ppm
Peso: _____ Kg Altezza: _____ cm. _____ BMI (indice di massa corporea): _____

Terapie proposte

NRT	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Bupropione	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Vareniclina	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Terapia di gruppo	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Counselling individuale	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

**Consenso alla archiviazione ed all'utilizzo di informazioni personali
(Informativa ai sensi del d.Lgs 196/2003)**

Gentilissimo Sig.

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati su archivi cartacei ed elettronici nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla legge e utilizzati esclusivamente per le finalità insite nelle attività di questo Centro Antifumo. I dati forniti non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha la facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 8 del D. Lgs 196/2003 ed in particolare di chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi.

La preghiamo di autorizzarci esplicitamente firmando qui sotto a conservare e utilizzare a fini scientifici le informazioni che riterrà volerci fornire.

Autorizzo il Centro _____ a conservare in forma cartacea o elettronica le informazioni che gli fornirò ed ad utilizzarle a fini scientifici.

Data,

Firma
