

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA A SEGUITO DI
UTILIZZO DI SIGARETTA ELETTRONICA**

Codice segnalazione _____

Codice centro _____

Data compilazione

Dati del segnalatore

Nome e Cognome del segnalatore _____

Qualifica del segnalatore _____

Tipo di struttura ed ASL di appartenenza _____

Città _____ Provincia _____

Informazioni sull'Utente

➤ Data di nascita o età _____

➤ Sesso M F

➤ Peso _____

➤ Altezza (cm) _____

➤ Origine etnica _____

➤ Stato di gravidanza SI NO

➤ Stato di allattamento SI NO

Caratteristiche dell'utente – Informazioni rispetto all'uso

Nota per il compilatore: Tutte le domande di seguito riportate si riferiscono alle condizioni dell'utente al momento del manifestarsi della reazione avversa.

1. Rispetto alla sigaretta tradizionale, lei è un:

fumatore ex-fumatore non fumatore

2. Perché ha deciso di utilizzare la sigaretta elettronica?

curiosità personale

ridurre il danno da fumo di tabacco

permette di fumare dove non è consentito

smettere di fumare

su consiglio di amici

altro _____

3. *Quali fonti ha consultato per acquisire informazioni sull'uso delle sigarette elettroniche?*

- Materiale pubblicitario Siti Internet
 Medico/farmacista Altro: _____

4. *Dove ha acquistato la sigaretta elettronica?*

- rivenditori specializzati farmacie
 tabaccai internet
 altro canale (specificare) _____

5. *Lei utilizza la sigaretta elettronica*

- occasionalmente abitualmente

6. *Da quanto tempo usa la sigaretta elettronica?*

- meno di un mese 2-3 mesi
 4-6 mesi oltre 6 mesi

7. *Lei utilizza:*

- solamente la sigaretta elettronica sigaretta elettronica e sigaretta tradizionale

Caratteristiche della sigaretta elettronica

8. *Che tipo di sigaretta elettronica usa?*

- ricaricabile monouso con cartuccia monouso

Indicare la marca _____

9. *Utilizza una sigaretta elettronica con ricarica contenente:*

- nicotina nicotina ed aromi solo aromi

Se utilizza una sigaretta elettronica con liquidi contenenti nicotina, indicarne la concentrazione (mg/ml) _____

10. *Se utilizza una sigaretta elettronica ricaricabile, qual' è il volume (ml) di liquido contenuto nel flaconcino di ricarica? _____*

11. *Dove acquista generalmente i liquidi di ricarica?*

- rivenditori specializzati farmacie
 tabaccai internet
 altro canale (specificare)_____

12. *Se utilizza una sigaretta elettronica ricaricabile, quante volte a settimana ha necessità di ricaricare la cartuccia?*

- meno di una volta/settimana 1 volta/settimana
 2-3 volte/settimana 4-5 volte/settimana
 tutti i giorni

13. *Se utilizza una sigaretta elettronica ricaricabile, qual è il volume (ml) di liquido con cui ricarica la cartuccia?*_____

14. *Se utilizza una sigaretta elettronica o una cartuccia monouso contenenti nicotina, indicarne la concentrazione (mg/ml)*_____

Descrizione della reazione avversa

1. *Quando è comparsa la reazione avversa?*

- durante l'uso della sigaretta elettronica
 dopo l'uso della sigaretta elettronica (specificare dopo quanto tempo)_____

2. *Può definire la gravità della reazione?*

- consulenza medica ospedalizzazione
 invalidità grave o permanente pericolo di vita
 altro_____

3. *Quali sono state le cause della reazione avversa?*

- scoppio del dispositivo elettronico contatto con il dispositivo elettronico
 intossicazione con il liquido di ricarica altro_____

4. *Quale è stata la sintomatologia manifestata?*

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> irritazione alla gola | <input type="checkbox"/> broncospasma | <input type="checkbox"/> agitazione psicomotoria |
| <input type="checkbox"/> irritazione alla bocca | <input type="checkbox"/> dolori addominali | <input type="checkbox"/> ipertensione arteriosa |
| <input type="checkbox"/> secchezza delle fauci | <input type="checkbox"/> vomito | <input type="checkbox"/> tachicardia |
| <input type="checkbox"/> afte o ulcere alla bocca | <input type="checkbox"/> nausea | <input type="checkbox"/> rash cutaneo |
| <input type="checkbox"/> mal di gola | <input type="checkbox"/> cefalea | <input type="checkbox"/> ustioni e bruciature |
| <input type="checkbox"/> tosse secca | <input type="checkbox"/> sudorazione | <input type="checkbox"/> irritazione oculare |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> tremori | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| <input type="checkbox"/> dispnea | <input type="checkbox"/> vertigini | _____ |

5. *Quanto è durata la reazione avversa?*

6. *La sigaretta elettronica che stava utilizzando nel momento in cui si è manifestata la sintomatologia sopraindicata, è la stessa che lei utilizza abitualmente?*

NO

SI

Se ha risposto No, ha cambiato:

la sigaretta

la cartuccia

il liquido di ricarica

Indicare la marca _____

7. *Dove ha acquistato la sigaretta elettronica, la cartuccia e/o il liquido di ricarica che stava utilizzando quando ha manifestato la reazione avversa?*

8. *Le è mai capitato in precedenza di manifestare la stessa sintomatologia utilizzando la sigaretta elettronica?*

NO

SI

9. *Ha mai avuto la stessa reazione avversa NON utilizzando la sigaretta elettronica?*

NO

SI

10. *A seguito della comparsa dei sintomi sopradescritti, ha sospeso l'uso della sigaretta elettronica?*

NO

SI

11. *La reazione è migliorata con la sospensione?*

- NO SI SI, continuando comunque ad utilizzarla

12. *E' stata eseguita una terapia farmacologica specifica?*

- NO SI (specificare) _____

13. *Quale è stato l'esito della reazione avversa?*

- risoluzione completa risoluzione con postumi
 reazione persistente altro(specificare) _____

14. *A seguito della risoluzione della reazione avversa, ha ripreso l'uso della sigaretta elettronica?*

- NO SI

15. *Vi è stata una nuova comparsa dei sintomi?*

- NO SI

16. *Stava utilizzando farmaci, NRT e/o altri prodotti a base di piante officinali, omeopatici, integratori alimentari ecc. al momento della comparsa della reazione avversa? (se si, specificare dosaggio, via di somministrazione e durata del trattamento)*

- NO
 SI _____

17. *E' affetto da particolari patologie o condizioni?*

- allergie cardiopatie ipertensione pneumopatie
 enfisema BPCO vasculopatie cerebrali o periferiche
 tumori ulcera diabete problematica psichiatrica
 problematica psicologica altro _____
