Dipartimento Integrato Patologie delle Dipendenze
Centro Trattamento Tabagismo

FOGLIO DI PRIMO CONTATTO

Buongiorno, le chiediamo di compilare i seguenti fogli, che dovranno essere restituiti all' indirizzo mail

tabagismonord@aslcittaditorino.it *(Circoscrizione 4-5-6-7)*

tabagismosud@aslcittaditorino.it *(Circoscrizione 1-2-3-8)*

Dati anagrafici e personali

Data ……/……../…….

Cognome ……. **Nome** ……

Sesso: M F **Luogo e data di nascita** …… (…..) ……/……/…….

Indirizzo ……. **Città** …… (…..)

Telefono …… **C.F.** | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo mail……

Dove ha avuto informazioni su questo ambulatorio?

MMG (Medico di Base) medico specialista personale sanitario : ……

familiari/conoscenti materiale informativo ASL internet N° verde ministero

Indichi le patologie di cui soffre e gli eventuali farmaci assunti

□	**Gravidanza o allattamento in corso**
□	**Patologia acuta recente** (es. Infarto miocardico, Ictus negli ultimi 3 mesi)
□	**Intervento chirurgico programmato** (entro i successivi 30 giorni)
□	**Patologia cronica severa** (BPCO grave, Neoplasia, Cardiopatia ischemica cronica)
□	**Disturbi neurologici o psichiatrici** (in trattamento farmacologico o psicoterapico)
□	**Problematiche renali** (insufficienza renale)

*Altre patologie*_____

Eventuale terapia

_____

_____

E' disponibile ad essere inserito all'interno di gruppi di trattamento?

□ *SI'* □ *NO*

Valutazione dipendenza fisica

Che cosa fuma attualmente? (cerchi l'opzione che corrisponde a ciò che fuma)

sigarette con filtro: si no sigari pipa tabacco sfuso:

sigaretta elettronica sigaretta a tabacco riscaldato ***quanto fuma?*** ….....

a che età ha cominciato a fumare?_____

Il seguente test ci aiuterà a capire la sua dipendenza da fumo. Lo compili mettendo una crocetta, per ciascuna domanda, sull'opzione più corrispondente al suo comportamento

Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	❑ entro 5 minuti ❑ 6 – 30 minuti ❑ 30 – 60 minuti ❑ dopo 60 minuti	3 2 1 0 …..
Trova difficile astenersi dal fumare in luoghi dove è vietato?	❑ sì ❑ no	1 0 …..
Quale tra tutte le sigarette che fuma in un giorno trova più gratificante?	❑ la prima del mattino ❑ qualsiasi	1 0 …..
Quante sigarette fuma in una giornata?	❑ 0 – 10 ❑ 11 – 20 ❑ 21 – 30 ❑ più di 30	0 1 2 3 …..
Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata?	❑ sì ❑ no	1 0 …..
Fumerebbe anche se fosse tanto malato da dover rimanere a letto tutto il giorno?	❑ sì ❑ no	1 0 …..
	Punteggio Totale	

Segni per ciascuna linea (da 1 a 10), con una crocetta, il suo stato attuale

dove 0 = nessuna importanza 10 = molto importante

= per niente fiducioso = del tutto fiducioso

= per niente pronto = completamente pronto

Quanto è **importante** per lei ridurre o eliminare il fumo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto si sente **fiducioso** nel ridurre o eliminare il fumo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto è pronto a ridurre o eliminare il fumo? **Disponibilità reale**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Parte da compilare a cura del CTT