

ΤΙΤΑΝ CΡΕΤΕ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΦΟΡΜΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ:

Εκτίμηση		Ημερομηνία:	
Εξάρτηση από την νικοτίνη	Έτη καπνίσματος:	Πακέτο-έτη (τσιγάρα/ημέρα x έτη)	
	# τσιγάρα/ημέρα _____	10 ή λιγότερα 11-20 21-30 31 ή περισσότερα	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	Πόσο σύντομα από την ώρα που ξυπνάτε, κάνετε το πρώτο σας τσιγάρο;	σε διάστημα 5 λεπτών 5-30 λεπτά 31-60 λεπτά > 60 λεπτά	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Είναι δύσκολο για εσάς, να απέχετε από το κάπνισμα, σε χώρους όπου απαγορεύεται;	Ναι Όχι	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Καπνίζετε πιο συχνά, το πρωί;	Ναι Όχι	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Καπνίζετε, ακόμα και όταν είστε άρρωστος/η;	Ναι Όχι	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Κατα την διάρκεια της ημέρας, ποίο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε; (π.χ. το πρώτο αφότου ξυπνήσετε ή μετά το φαγητό)	Το πρώτο της ημέρας Οποιοδήποτε άλλο	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
		Συνολικό σκόρ	
1-2= μικρή εξάρτηση, 3-4= μικρή προς μέτρια εξάρτηση, 5-7= μέτρια εξάρτηση, 8+= μεγάλη εξάρτηση			
Ιστορικό ψυχικής υγείας	Παλιό ή πρόσφατο ιστορικό από:	<input type="checkbox"/> Άγχος <input type="checkbox"/> Κατάθλιψη <input type="checkbox"/> Ψύχωση	<input type="checkbox"/> Χρήση ουσιών/ οινόπνευματος <input type="checkbox"/> Άλλο (πιο συγκεκριμένα): _____
	Υπάρχουν άλλοι καπνιστές στο σπίτι;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι (πιο συγκεκριμένα): _____
Ιστορικό διακοπής & υποτροπής	Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα κατά το παρελθόν;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι → Πότε: _____ Για πόσο: _____	
	Γιατί ξεκινήσατε να καπνίζετε πάλι; (λόγος υποτροπής)		
	Έχετε χρησιμοποιήσει φάρμακα για να διακόψετε το κάπνισμα κατά το παρελθόν;	<input type="checkbox"/> Βαρενικλίνη (Champrix) <input type="checkbox"/> Βουπροπριόνη (Zyban) <input type="checkbox"/> Άλλο _____	<input type="checkbox"/> Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης: <input type="checkbox"/> Έμπλαστρο <input type="checkbox"/> Τσίχλα <input type="checkbox"/> Εισπνεόμενο <input type="checkbox"/> Σπρέϋ
	Υπήρξε ανταπόκριση στην προηγούμενη χρήση φαρμακοθεραπείας;		
Κίνητρα	Γιατί θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα;	<input type="checkbox"/> Υγεία <input type="checkbox"/> Οικονομικοί λόγοι <input type="checkbox"/> Άλλο: _____	<input type="checkbox"/> Παιδιά/σύζυγος <input type="checkbox"/> Κοινωνικοί λόγοι
	Ποιες είναι οι ανησυχίες σας, σχετικά με την διακοπή του καπνίσματος;	<input type="checkbox"/> Αύξηση βάρους <input type="checkbox"/> Σύνδρομο στέρησης <input type="checkbox"/> Κοινωνικού τύπου <input type="checkbox"/> Άγχος	<input type="checkbox"/> Υποτροπή <input type="checkbox"/> Κατάθλιψη <input type="checkbox"/> Άλλο _____
	Πως βλέπετε το ενδεχόμενο διακοπής του καπνίσματος, αυτή τη στιγμή;	<input type="checkbox"/> Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα τις επόμενες 30 ημέρες <input type="checkbox"/> Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα τους επόμενους 6 μήνες <input type="checkbox"/> Δεν σχεδιάζω να διακόψω το κάπνισμα, τους επόμενους 6 μήνες	
	Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα;	(καθόλου σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (πολύ σημαντικό)	
	Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα;	(καθόλου σίγουρος/η) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (πολύ σίγουρος/η)	
Φυσική κατάσταση	Βάρος: _____	Εκπνεόμενο CO: _____	FEV1: Lung Age: _____

ΤΙΤΑΝ CΡΕΤΕ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΦΟΡΜΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ:

Πλάνο διακοπής καπνίσματος (5-10 λεπτά)

Ημερομηνία:

Επιλογή τρόπου διακοπής καπνίσματος:

- Μείωση έως διακοπή _____
 Ορισμός ημ/νιας διακοπής: _____ (ηη/μμ/χχ)
 Παραπομπή στο Ιατρείο Διακοπής καπνίσματος, Παν. Γεν. Νοσ. Ηρακλείου (Τηλ : 2810 542 107)

Φαρμακο-θεραπεία

- Βαρενικλίνη Ημέρα 1-3: 0.5 mg/ημερησίως; Ημέρα 4-7: 0.5 mg δύο φορές ημερησίως; Ημέρα 8-12 εβδομάδες 1 mg δύο φορές ημερησίως- Έναρξη 7-14 ημέρες πριν την διακοπή
 Βουπροπριόνη Ημέρα 1-3: 150 mg/ημερησίως; Ημέρα 4-12 εβδομάδες 150 mg δύο φορές ημερησίως- Έναρξη 7-14 ημέρες πριν την διακοπή

	<15 τσιγάρα/ ημέρα	15-20 τσιγάρα/ημέρα	20-29 τσιγάρα/ημέρα	30-40 τσιγάρα/ημέρα	40+ τσιγάρα/ημέρα
NRT έμπλαστρο	<input type="checkbox"/> 10mg έμπλαστρο ή Ταχείας δράσης NRT	<input type="checkbox"/> 15 mg έμπλαστρο + Ταχείας δράσης NRT	<input type="checkbox"/> 25 mg έμπλαστρο + Ταχείας δράσης NRT	<input type="checkbox"/> 35 mg έμπλαστρο (25mg+10mg) + Ταχείας δράσης NRT	<input type="checkbox"/> 50 mg έμπλαστρο (25mg + 25mg) + Ταχείας δράσης NRT
+ Ταχείας δράσης NRT		<input type="checkbox"/> Εισπνεόμενο	<input type="checkbox"/> 2 mg τσίχλα	<input type="checkbox"/> 4 mg τσίχλα	<input type="checkbox"/> σπρέι

Συμβουλές τακτικής

- Αναφορά της σημασίας της απόφασης διακοπής του καπνίσματος και προσωπικά οφέλη
 Έλεγχος κατάλληλης χρήσης φαρμακοθεραπείας (δόση, διάρκεια, τήρηση, παρενέργειες, τρόποι μείωσης των παρενεργειών)
 Αναφορά στα συμπτώματα στέρησης
 Αναφορά στρατηγικών για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης (καθυστέρηση, απόσπαση προσοχής, κατανάλωση νερού, βαθιές αναπνοές)
 Αναφορά σε πιθανές μεταβολές στην διάθεση που σχετίζονται με την διακοπή του καπνίσματος
 Σζητήστε τα ερεθίσματα και τις ρουτίνες του καπνίσματος

Πλάνο διακοπής

Καταστάσεις υψηλού κινδύνου

Πλάνο

Πρόγραμμα επανεξέτασης

- Επανεξέταση σε 2-4 εβδομάδες Ημ/νια: _____
 Χορήγηση πληροφοριών για το Ιατρείο διακοπής καπνίσματος του ΠΑΓΝΗ (Τηλ : 2810 542 107)

Σχόλια/Σημειώσεις:

Επίσκεψη επανεξέτασης #1 (5-10 λεπτά)

Ημερομηνία:

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ - Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη στο ιατρείο;

- Όχι
 Ναι → ποσότητα ανά ημέρα:

Λόγος υποτροπής:

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ - Χρησιμοποιείτε ακόμα την φαρμακευτική αγωγή που σας συνταγογραφήθηκε;

- Ναι
 Όχι Δεν την χρησιμοποίησα

ΔΙΑΚΟΠΗ & ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ - Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;

- Βαθμολογήστε την σοβαρότητα: Ήπια [0] – Σημαντική [4]:
 Όχι Ναι (πιο συγκεκριμένα):
 Ναυτία Πονοκέφαλος
 Διαταραχές ύπνου Ερεθισμός δέρματος
 Νευρική κατάσταση Άλλο

ΕΝΑΛΛΑΓΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ - Έχετε εσείς, η οικογένειά ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;

- Βαθμολογήστε την σοβαρότητα: Ήπια [0] – Σημαντική [4]:
 Θυμός/ Εχθρική κατάσταση Κατάθλιψη
 Άγχος Άλλο _____

ΕΝΤΟΝΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ - Είχατε κάποια έντονη επιθυμία να καπνίσετε; Βαθμολογήστε την σοβαρότητα με μια κλίμακα από το 1 έως το 4

ΒΑΡΟΣ:

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ - Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;

- Ναι → Κατάσταση:
Βαθμολογήστε την σοβαρότητα: Ήπια [0] – Σημαντική [4]: ____
 Όχι

Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να συνεχίσετε να μην καπνίζετε;

(καθόλου σίγουρος/η) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (πολύ σίγουρος/η)

Δόθηκε φαρμακοθεραπεία;

- Ναι
 Όχι

Δόση/Διάρκεια:

Πλάνο επανεξέτασης

- Προγραμματίστηκε επανεξέταση σε _____ εβδομάδες