



ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE CPF: _____ Nº do Prontuário: _____

Nome: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Data Nasc: ____/____/____

Endereço: _____ nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Tel. Fixo: (____) _____ Cel: (____) _____ Escolaridade (última série completa): _____

Cor ou raça (auto-declarada): ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena

Como chegou ao Programa? ☐ Encaminhamento de profissional de saúde ☐ Busca espontânea ☐ Indicação de familiar/amigo

Instrução geral para preenchimento deste formulário: ☐ marcar apenas uma opção de resposta ☐ pode marcar mais de uma opção de resposta

HISTÓRICO PATOLÓGICO

Doenças / Fatores de risco	Tem/teve?	Em tratamento?
1. Diabetes mellitus	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
2. Hipertensão arterial	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
3. Problema cardíaco	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
4. Problema pulmonar	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
5. Alergia respiratória	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
6. Crises de depressão e/ou ansiedade	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
7. Tratamento psicológico ou psiquiátrico	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
8. Anorexia nervosa ou bulimia*	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
9. Crise convulsiva ou epilepsia*	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
10. Lesão ou tumor maligno*	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
11. Alergia cutânea**	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
12. Aftas, lesões ou sangramento na boca***	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
13. Dor no estômago, úlcera ou gastrite***	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
14. Outra. Qual? _____	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Fatores de risco	Atualmente
15. Prótese dentária móvel (atual)***	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
16. Gravidez (atual)****	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
17. Amamentação (atual)****	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
18. Menores de 18 anos (atual)****	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
19. Convive com fumantes em casa?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Atenção!

Medicação de tratamento à cessação a restringir:

*bupropiona **adesivo ***goma ****total

20. Medicamentos diversos em uso atualmente

21. Em geral, como você avalia sua saúde?

☐ 1. Muito boa ☐ 2. Boa ☐ 3. Regular ☐ 4. Ruim ☐ 5. Muito ruim

Consumo de álcool atual

22. Com que frequência você costuma consumir alguma bebida alcoólica?

☐ 1. Nunca ☐ 2. Menos de uma vez por mês ☐ 3. Uma vez ou mais por mês → 22.1. Quantos dias por semana? _____

CAGE: Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para alcoolismo.

23. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? ☐ Sim ☐ Não

24. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? ☐ Sim ☐ Não

25. Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber? ☐ Sim ☐ Não

26. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ☐ Sim ☐ Não

Saúde mental

27. Já fez uso de alguma medicação para dormir ou se acalmar, mesmo não prescrita por médico? ☐ Sim ☐ Não

PHQ-9: Se soma dos pontos for ≥9, indivíduo em maior risco de episódio depressivo maior (rastreamento)

28. Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) sr.(a):	Nenhum dia [0]	Menos de uma semana [1]	Uma semana ou mais [2]	Quase todos os dias [3]
1) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) teve falta de apetite ou comeu demais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler jornal ou ver tv)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

☐ 1. Nenhuma dificuldade ☐ 2. Pouca dificuldade ☐ 3. Muita dificuldade ☐ 4. Extrema dificuldade



Nº do Prontuário: _____

HISTÓRIA TABAGÍSTICA

30. Com que idade você começou a fumar? _____

 30.1. Qual(is) produto(s) de tabaco usa atualmente? ☐ Charuto/Cachimbo ☐ Enrolado à mão/palha ☐ Narguilé ☐ Outro: _____
☐ Cigarro convencional ☐ Cigarro eletrônico →

30.1.1. Concentração de nicotina: _____ mg/ml ou _____ %

30.1.2. Quantidade: Se e-liquido: _____ ml em _____ dias

Se descartável: _____ unidades em _____ dias

31. Esse(s) produto(s) está(ão) associado(s) ao seu dia a dia em quais situações?

- ☐ 1. Ao falar ao telefone ☐ 3. Com café ☐ 5. No trabalho ☐ 7. Ansiedade ☐ 9. Nenhum
☐ 2. Com bebidas alcoólicas ☐ 4. Após refeições ☐ 6. Alegria ☐ 8. Tristeza ☐ 10. Outros: _____

32. Sobre o cigarro que você fuma:

A. Qual a marca?	B. Quanto custa o maço?	C. Nº cigarros por dia	D. Valor por dia (B/20 x C)	E. Valor por mês (D x 30)	F. Valor por ano (E x 12)
_____	R\$ _____	nº _____	R\$ _____	R\$ _____	R\$ _____

33. Usa cigarro com sabor? (Não considere cigarro eletrônico) ☐ Não ☐ Sim → 33.1 Se sim, qual sabor? _____ → 33.2. Desde que idade? _____34. Você convive com fumantes em casa? ☐ Não ☐ Sim → 34.1 Se sim, qual o parentesco? _____

35. Quantas vezes já tentou parar de fumar? _____

Se ≥ 1 →

35.1. Se já tentou parar de fumar, quais recursos já utilizou?

- ☐ 1. Nenhum ☐ 3. Medicação. Qual? _____
☐ 2. Profissional de saúde ☐ 4. Outro. Qual? _____

35.2. Por que voltou a fumar? _____

35.3. Teve sintoma de abstinência? Qual? _____

36. Quando você pensa em parar de fumar?

- ☐ 1. Sem planos para parar ☐ 2. Indeciso ☐ 3. Nos próximos 30 dias ☐ 4. Nos próximos 6 meses ☐ 5. No próximo ano

37. Qual(is) o(s) motivo(s) para você parar de fumar?

- ☐ 1. Tratamento médico atual ☐ 4. Gasto financeiro ☐ 7. Pressão da família/amigos
☐ 2. Está afetando a saúde atualmente ☐ 5. Exemplo para filhos/crianças ☐ 8. Bem-estar da família
☐ 3. Preocupação com saúde futura ☐ 6. Restrição de fumar nos ambientes ☐ 9. Outro. Qual? _____

38. Qual(is) o(s) seu(s) medo(s) em parar de fumar?

- ☐ 1. Passar mal ☐ 2. Não conseguir ☐ 3. Ganho de peso ☐ 4. Perder meu prazer ☐ 5. Outro: _____

39. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA: TESTE DE FAGERSTROM

1) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- ☐ Dentro de 5 minutos = [3] ☐ Entre 31-60 minutos = [1]
☐ Entre 6-30 minutos = [2] ☐ Após 60 minutos = [0]

2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus e etc.?

- ☐ Sim = [1] ☐ Não = [0]

3) Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

- ☐ O primeiro da manhã = [1] ☐ Outros = [0]

4) Quantos cigarros você fuma por dia? nº de cigarros: _____

- ☐ Até 10 = [0] ☐ De 21 a 30 = [2]
☐ De 11 a 20 = [1] ☐ Acima de 30 = [3]

5) Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- ☐ Sim = [1] ☐ Não = [0]

6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- ☐ Sim = [1] ☐ Não = [0]

Conclusão sobre o grau de dependência

Soma dos pontos: _____

 Resultado: [0-2] = muito baixo [3-4] = baixo [5] = médio
 [6-7] = elevado [8-10] = muito elevado

40. TESTE DO MONOXÍMETRO

- ☐ 1. Não realizado por falta do aparelho ☐ 2. Não realizado por falta de profissional

Hora: _____ CO: _____ HbCO: _____ Há quanto tempo fumou o último cigarro? _____

AVALIAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Avaliação do estágio de motivação para cessação do tabagismo

- ☐ 1. Pré-contemplativo: fumando, não pensa em parar e nem tem motivação para deixar o fumo.
☐ 2. Contemplativo: motivado a parar de fumar algum dia na vida, porém sem data estipulada nos próximos dias.
☐ 3. Pronto para ação: pensando em marcar uma data de parada, porém sem data definida.
☐ 4. Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês.

Observações: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do profissional de saúde: _____