



## ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		CPF: _____	Nº do Prontuário: _____
Nome: _____		Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Data Nasc: ____ / ____ / ____
Endereço: _____		nº: _____	Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____		Estado: _____	
Tel. Fixo: (____)	Cel: (____)	Escolaridade (última série completa): _____	
Cor ou raça (auto-declarada):	<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Índigena	<input type="radio"/> Busca espontânea <input type="radio"/> Indicação de familiar/amigo	
Como chegou ao Programa?	<input type="radio"/> Encaminhamento de profissional de saúde		

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?	Fatores de risco	Atualmente
1. Diabetes mellitus	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	15. Prótese dentária móvel (atual)***	<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	16. Gravidez (atual)****	<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	17. Amamentação (atual)****	<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	18. Menores de 18 anos (atual)****	<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	19. Convive com fumantes em casa?	<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	<b>Atenção!</b> Medicação de tratamento à cessação a restringir: *bupropiona    ** adesivo    *** goma    ****total	
7. Tratamento psicológico ou psiquiátrico	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<b>20. Medicamentos diversos em uso atualmente</b>  _____	
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	_____	

## 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 (rastreio)	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?

- |   |   |  |                                      |   |
|---|---|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1.Ao falar ao telefone   | <input type="checkbox"/> 3.Com café       | <input type="checkbox"/> 5.No trabalho | <input type="checkbox"/> 7.Ansiedade | <input type="checkbox"/> 9.Nenhum         |
| <input type="checkbox"/> 2.Com bebidas alcoólicas | <input type="checkbox"/> 4.Após refeições | <input type="checkbox"/> 6.Alegria     | <input type="checkbox"/> 8.Tristeza  | <input type="checkbox"/> 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?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.Nenhum                | <input type="checkbox"/> 3.Medicação. Qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> 2.Profissional de saúde | <input type="checkbox"/> 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?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.Tratamento médico atual          | <input type="checkbox"/> 4.Gasto financeiro                 | <input type="checkbox"/> 7. Pressão da família/amigos |
| <input type="checkbox"/> 2.Esta afetando a saúde atualmente | <input type="checkbox"/> 5.Exemplo para filhos/crianças     | <input type="checkbox"/> 8.Bem-estar da família       |
| <input type="checkbox"/> 3.Preocupação com saúde futura     | <input type="checkbox"/> 6.Restrição de fumar nos ambientes | <input type="checkbox"/> 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 ]

5) Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- Sim = [ 1 ]  Não = [ 0 ]

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

- Sim = [ 1 ]  Não = [ 0 ]

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

- Sim = [ 1 ]  Não = [ 0 ]

3) Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

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

Conclusão sobre o grau de dependência

Soma dos pontos: \_\_\_\_\_

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

Resultado: [0-2] = muito baixo [3-4] = baixo [5] = médio  
[6-7] = elevado [8-10] = muito elevado Até 10 = [ 0 ] De 21 a 30 = [ 2 ] De 11 a 20 = [ 1 ] Acima de 30 = [ 3 ]40. TESTE DO MONOXÍMETRO  
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: \_\_\_\_\_