



# ENSP

European Network  
for Smoking and Tobacco Prevention

## Modulo visita di follow-up

Data:..... ID Paziente:.....

Nome:.....

| Numero della visita di follow-up:   |   |
|---|---|
| <b>Ha utilizzato tabacco dalla data di cessazione?</b>  | Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/><br>Se sì, gentilmente specificare il motivo della ricaduta.<br>.....<br>Quante sigarette ha fumato? .....   |
| <b>In una scala da 1 a 10, quanto si sente sicuro di poter rimanere astinente dal fumo?</b>   | (per niente sicuro) 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/><br>7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> (molto sicuro)  |
| <b>Ha percepito sintomi da astinenza?</b>   | Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/><br>Se sì, specificare quale/i<br>1..... Severità: .....<br>2..... Severità: .....<br>3..... Severità: .....<br>4..... Severità: .....<br>5..... Severità: .....<br>(Specificare utilizzando una scala di severità da 1 a 10)  |
| <b>Lei, i suoi amici o la sua famiglia, ha/hanno notato cambiamenti d'umore?</b>  | Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/><br>Se sì, specificare quale/i<br>1..... Severità: .....<br>2..... Severità: .....<br>3..... Severità: .....<br>4..... Severità: .....<br>5..... Severità: .....<br>(Specificare utilizzando una scala di severità da 1 a 10)  |
| <b>Segue ancora la sua terapia farmacologica?</b>   | Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>   |
| <b>Aggiustamenti della terapia farmacologica</b><br>Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/><br><br>Il punteggio ottenuto al Test di Fagerstrom vi guiderà su come procedere. Da ricordare: dosi più alte per punteggi più alti – Il trattamento consigliato è la combinazione di farmaco e NRT.<br><br>(da completare solo se il paziente userà la terapia sostitutiva con nicotina, singola o combinata) | Se sì:<br>Singola Terapia Sostitutiva con Nicotina (NRT) <input type="radio"/><br>Combinazione di più NRT <input type="radio"/> Vareniclina <input type="radio"/><br>Bupropione <input type="radio"/> NRT più Vareniclina/Bupropione <input type="radio"/><br>Nulla <input type="radio"/><br><br>Se si utilizza NRT:<br><input type="radio"/> Cerotti (Dare 1 -1.5 mg per ogni sigaretta fumata)<br>mg=.....ore =.....<br><input type="radio"/> Gomme mg=.....<br><input type="radio"/> Compresse/formulazioni sublinguali<br><input type="radio"/> Spray nasale<br><input type="radio"/> Spray orale<br><input type="radio"/> Inhalatore |
| <b>PIANIFICAZIONE Follow-up</b>   | Data:.....  |