

# Guía para DEJAR DE FUMAR

Tu farmacéutico te ayuda



FARMACIA: Un espacio al servicio de la salud  
*Muy cerca de ti*



Estimada fumadora/ Estimado fumador:

En primer lugar, queremos felicitarte por la importante decisión que has tomado al querer mejorar tus hábitos de vida. Es una sabia decisión, que además realizamos frecuentemente: incorporando algo de ejercicio a nuestra rutina diaria, al cuidar la alimentación, cuando valoramos positivamente nuestro ocio y nuestras relaciones personales y sociales.

Todas estas acciones contribuyen a nuestro bienestar, tanto físico como psíquico; en definitiva, mejoran nuestra calidad de vida.

Pero, está claro que este bienestar no se lleva bien con el consumo de tabaco, y que dejar de fumar te reportará beneficios saludables para toda la vida. Por eso es importante



que tengas conciencia del objetivo de esta guía que ahora te presentamos.

Es una herramienta que te ayudará a suprimir el consumo de tabaco, poco a poco, casi sin darte cuenta. Al principio, se puede compaginar con un tratamiento para dejar de fumar, pero al final serás tú y tu esfuerzo quien lo consiga. En la guía, tu farmacéutico irá anotando cómo te encuentras, en relación a esas situaciones que la dependencia del tabaco produce. También encontrarás todas las ventajas que van asociadas al cese del consumo de tabaco y unos consejos para que esos primeros días los superes con más facilidad.

Queremos que cuando decidas dejar el consumo de tabaco encuentres un apoyo en tu farmacéutico, uno de los profesionales sanitarios más cercanos, y puedas, de esta forma, llegar al fin deseado: desligar de tu vida el consumo de tabaco.

Nosotros, los profesionales sanitarios, queremos ayudarte porque

**Tu esfuerzo es salud:  
no fumes**



## VENTAJAS DE DEJAR DE FUMAR

- El humo de tus cigarrillos ya no perjudicará la salud de los que te rodean.
- Vivirás más tiempo y con mejor calidad de vida.
- Mejorarás tu aspecto personal: desaparecerá el mal aliento y el mal olor de tu ropa y de la casa; olvídate del color amarillento que deja el cigarrillo en las manos y uñas; tu piel también lo notará, estará más hidratada, tersa y con menos arrugas.
- Ahorrarás dinero para poder darte un capricho.
- Se regulará tu tensión arterial y tu frecuencia cardiaca a los 20 minutos de no fumar.
- Los niveles de monóxido de carbono y oxígeno se normalizarán a las 24-48 horas.
- Recuperarás el gusto y el olfato pasadas 48 horas.
- Mejorará la función respiratoria y aumentará la capacidad física pasados uno a tres meses.
- Las piernas cansadas o con varices también se beneficiarán.
- Si estás embarazada, se eliminan algunos riesgos graves para tu hijo.
- En mujeres que toman anticonceptivos se reduce el riesgo de infartos y embolias.
- Se iguala el riesgo de padecer cáncer de pulmón y otros tumores al de los no fumadores, pasados 10 a 15 años sin fumar.
- Se iguala el riesgo de padecer infartos, trombosis o embolias cerebrales al de los no fumadores, tras cinco años sin fumar. Cuanto antes lo dejes, mejor.

€	NÚMERO DE CIGARILLOS AL DÍA												
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	
P	2,00	182,50	365,00	547,50	730,00	912,50	1.095,00	1.277,50	1.460,00	1.642,50	1.825,00	2.007,50	2.190,00
R	2,05	187,06	374,13	561,19	748,25	935,31	1.122,38	1.309,44	1.496,50	1.683,56	1.870,63	2.057,69	2.244,75
P	2,10	191,63	383,25	574,88	766,50	958,13	1.149,75	1.341,39	1.533,00	1.724,63	1.916,25	2.107,88	2.299,50
R	2,15	196,19	392,38	586,56	784,75	980,94	1.177,13	1.373,31	1.565,50	1.756,69	1.961,88	2.158,06	2.354,25
E	2,20	200,75	401,50	602,25	803,00	1.003,75	1.204,50	1.405,25	1.606,00	1.806,75	2.007,50	2.208,25	2.409,00
C	2,25	205,31	410,63	615,94	821,25	1.026,56	1.231,88	1.437,19	1.642,50	1.847,81	2.053,13	2.258,44	2.463,75
O	2,30	209,88	419,75	629,63	839,50	1.049,38	1.259,25	1.469,13	1.679,00	1.888,88	2.098,75	2.308,63	2.518,50
P	2,35	214,44	428,88	643,31	857,75	1.072,19	1.286,63	1.501,06	1.715,50	1.929,94	2.144,38	2.358,81	2.573,25
A	2,40	219,00	438,00	657,00	876,00	1.095,00	1.314,00	1.533,00	1.752,00	1.971,00	2.190,00	2.409,00	2.628,00
Q	2,45	223,56	447,13	670,69	894,25	1.117,81	1.341,38	1.564,94	1.786,50	2.012,06	2.235,63	2.459,19	2.682,75
U	2,50	228,13	456,25	684,38	912,50	1.140,63	1.368,75	1.596,88	1.825,00	2.053,13	2.281,25	2.509,38	2.737,50
E	2,55	232,69	465,37	698,06	930,75	1.163,44	1.396,12	1.628,81	1.861,50	2.094,19	2.326,87	2.559,56	2.792,25
T	2,60	237,25	474,50	711,75	949,00	1.186,25	1.423,50	1.660,75	1.898,00	2.135,25	2.372,50	2.609,75	2.847,00
E	2,65	241,81	483,62	725,44	967,25	1.209,06	1.450,87	1.692,69	1.934,50	2.176,31	2.418,12	2.659,94	2.891,75
E	2,70	246,37	492,75	739,12	985,50	1.231,88	1.478,25	1.724,62	1.971,00	2.217,37	2.463,75	2.710,12	2.936,50
C	2,75	250,94	501,87	752,81	1.003,75	1.254,69	1.505,62	1.756,56	2.007,50	2.258,44	2.509,37	2.760,31	3.011,25
I	2,80	255,50	511,00	766,50	1.022,00	1.277,50	1.533,00	1.786,50	2.044,00	2.299,50	2.555,00	2.810,50	3.066,00
G	2,85	260,06	520,12	780,19	1.040,25	1.300,31	1.560,37	1.820,44	2.080,50	2.340,56	2.600,62	2.860,69	3.120,75
A	2,90	264,62	529,25	793,87	1.058,50	1.323,13	1.587,75	1.852,37	2.117,00	2.381,62	2.646,25	2.910,87	3.175,50
R	2,95	269,19	538,37	807,56	1.076,75	1.345,94	1.615,12	1.884,31	2.153,50	2.422,69	2.691,87	2.961,06	3.230,25
R	3,00	273,75	547,50	821,25	1.095,00	1.368,75	1.642,50	1.916,25	2.190,00	2.463,75	2.737,50	3.011,25	3.285,00
I	3,05	278,31	556,62	834,94	1.113,25	1.391,56	1.669,87	1.946,19	2.226,50	2.504,81	2.783,12	3.061,44	3.339,75
R	3,10	282,87	565,75	848,62	1.131,50	1.414,38	1.697,25	1.980,12	2.263,00	2.545,87	2.828,75	3.111,62	3.394,50
L	3,15	287,44	574,87	862,31	1.149,75	1.437,19	1.724,62	2.012,06	2.299,50	2.586,94	2.874,37	3.161,81	3.449,25
L	3,20	292,00	584,00	876,00	1.168,00	1.460,00	1.752,00	2.044,00	2.336,00	2.628,00	2.920,00	3.212,00	3.504,00
O	3,25	296,56	593,12	889,69	1.186,25	1.482,81	1.779,37	2.075,94	2.372,50	2.669,06	2.965,62	3.262,19	3.558,75
S	3,30	301,12	602,25	903,37	1.204,50	1.505,63	1.806,75	2.107,87	2.409,00	2.710,12	3.011,25	3.312,37	3.613,50
S	3,35	305,69	611,37	917,06	1.222,75	1.528,44	1.834,12	2.139,81	2.445,50	2.751,19	3.056,87	3.362,56	3.668,25
S	3,40	310,25	620,50	930,75	1.241,00	1.551,25	1.861,50	2.171,75	2.482,00	2.792,25	3.102,50	3.412,75	3.723,00

NÚMERO DE CIGARRILLOS AL DÍA

€	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
3,45	314,81	629,62	944,44	1.259,25	1.574,06	1.888,87	2.203,69	2.518,50	2.833,31	3.148,12	3.462,94	3.777,75
3,50	319,37	638,75	958,12	1.277,50	1.596,88	1.916,25	2.235,62	2.555,00	2.874,37	3.193,75	3.513,12	3.832,50
3,55	323,94	647,87	971,81	1.295,75	1.619,69	1.943,62	2.267,56	2.591,50	2.915,44	3.239,37	3.563,31	3.887,25
3,60	328,50	657,00	985,50	1.314,00	1.642,50	1.971,00	2.299,50	2.623,00	2.956,50	3.285,00	3.613,50	3.942,00
3,65	333,06	666,12	999,19	1.332,25	1.665,31	1.998,37	2.331,44	2.664,50	2.997,56	3.330,62	3.663,69	3.996,75
3,70	337,62	675,25	1.012,88	1.350,50	1.688,13	2.025,75	2.363,37	2.701,00	3.038,62	3.376,25	3.713,87	4.051,50
3,75	342,19	684,37	1.026,56	1.368,75	1.710,94	2.053,12	2.395,31	2.737,50	3.079,69	3.421,87	3.764,06	4.106,25
3,80	346,75	693,50	1.040,25	1.387,00	1.733,75	2.080,50	2.427,25	2.774,00	3.120,75	3.467,50	3.814,25	4.161,00
3,85	351,31	702,62	1.053,94	1.405,25	1.756,56	2.107,87	2.459,19	2.816,50	3.161,81	3.513,12	3.864,44	4.215,75
3,90	355,87	711,75	1.067,63	1.423,50	1.779,38	2.135,25	2.491,12	2.847,00	3.202,87	3.558,75	3.914,62	4.270,50
3,95	360,44	720,87	1.081,31	1.441,75	1.802,19	2.162,62	2.523,06	2.883,50	3.243,94	3.604,37	3.964,81	4.325,25
4,00	365,00	730,00	1.095,00	1.460,00	1.825,00	2.190,00	2.555,00	2.920,00	3.285,00	3.650,00	4.015,00	4.380,00
4,05	369,56	739,12	1.108,69	1.478,25	1.847,81	2.217,37	2.586,94	2.956,50	3.326,06	3.695,62	4.065,19	4.434,75
4,10	374,12	748,25	1.122,38	1.496,50	1.870,63	2.244,75	2.618,87	2.993,00	3.367,12	3.741,25	4.115,37	4.489,50
4,15	378,69	757,37	1.136,06	1.514,75	1.893,44	2.272,12	2.650,81	3.029,50	3.408,19	3.786,87	4.165,96	4.544,25
4,20	383,25	766,50	1.149,75	1.533,00	1.916,25	2.299,50	2.682,75	3.065,00	3.449,25	3.832,50	4.215,75	4.599,00
4,25	387,81	775,62	1.163,44	1.551,25	1.939,06	2.326,87	2.714,69	3.102,50	3.490,31	3.878,12	4.265,94	4.653,75
4,30	392,37	784,75	1.177,13	1.569,50	1.961,88	2.354,25	2.746,62	3.135,00	3.531,37	3.923,75	4.316,12	4.708,50
4,35	396,94	793,87	1.190,81	1.587,75	1.984,69	2.381,62	2.778,56	3.175,50	3.572,44	3.969,37	4.366,31	4.763,25
4,40	401,50	803,00	1.204,50	1.606,00	2.007,50	2.409,00	2.810,50	3.212,00	3.613,50	4.015,00	4.416,50	4.818,00
4,45	406,06	812,12	1.218,19	1.624,25	2.030,31	2.436,37	2.842,44	3.246,50	3.654,56	4.066,62	4.466,69	4.872,75
4,50	410,62	821,25	1.231,88	1.642,50	2.053,13	2.463,75	2.874,37	3.285,00	3.695,62	4.106,25	4.516,87	4.927,50
4,55	415,19	830,37	1.245,56	1.660,75	2.075,94	2.491,12	2.906,31	3.321,50	3.736,69	4.151,87	4.567,06	4.982,25
4,60	419,75	839,50	1.259,25	1.679,00	2.098,75	2.518,50	2.938,25	3.358,00	3.777,75	4.197,50	4.617,25	5.037,00
4,65	424,31	848,62	1.272,94	1.697,25	2.121,56	2.545,87	2.970,19	3.394,50	3.818,81	4.243,12	4.667,44	5.091,75
4,70	428,87	857,75	1.286,63	1.715,50	2.144,38	2.573,25	3.002,12	3.431,00	3.859,87	4.288,75	4.717,62	5.146,50
4,75	433,44	866,87	1.300,31	1.733,75	2.167,19	2.600,62	3.034,06	3.467,50	3.900,94	4.334,37	4.767,81	5.201,25
4,80	438,00	876,00	1.314,00	1.752,00	2.190,00	2.628,00	3.066,00	3.504,00	3.942,00	4.380,00	4.818,00	5.256,00
4,85	442,56	885,12	1.327,69	1.770,25	2.212,81	2.655,37	3.097,94	3.540,50	3.983,06	4.425,62	4.868,19	5.310,75
4,90	447,12	894,25	1.341,38	1.789,50	2.235,63	2.682,75	3.129,87	3.577,00	4.024,12	4.471,25	4.918,37	5.365,50
4,95	451,69	903,37	1.355,06	1.808,75	2.258,44	2.710,12	3.161,81	3.613,50	4.065,19	4.516,87	4.968,56	5.420,25
5,00	456,25	912,50	1.368,75	1.825,00	2.281,25	2.737,50	3.193,75	3.650,00	4.106,25	4.562,50	5.018,75	5.475,00

P R E C I O S

# PREPÁRATE PARA DEJAR DE FUMAR



Elige un día para dejarlo (lo llamaremos el día D)

- Haz una lista con los motivos para dejar de fumar y elige los cinco más importantes.
- Piensa en las situaciones de la vida diaria que asocias al consumo de cigarrillos y anótalos.
- Luego busca conductas alternativas para realizar el día que hayas escogido para dejar de fumar.
- Intenta fumar más espaciadamente y sólo la mitad de un cigarrillo.
- Elige un día para dejarlo (lo llamaremos el día D).
- Avisa a tus familiares, amigos y conocidos de tu intención de abandonar el tabaco, su ayuda y comprensión serán importantes para el éxito.
- Procura elegir un día al que puedas dedicar tiempo y esfuerzo y que no coincida con días de tensión, cambios que alteren tu estado de ánimo o celebraciones festivas.
- Una vez fijado el día, no lo cambies bajo ningún pretexto.
- Deshazte de todos los cigarrillos que te queden del día anterior y retira ceniceros, mecheros, cerillas y demás utensilios relacionados con el tabaco.
- El día D procura levantarte un poco antes de lo normal y haz el propósito de dejar de fumar sólo por hoy.
- Haz un poco de ejercicio respirando aire puro y en tu desayuno intenta tomar un zumo de limón porque potencia el mal sabor del cigarro.
- Las ganas de fumar no son eternas, desaparecen al cabo del tiempo.
- Procura no comer abundantemente y bebe agua y zumos de fruta.
- Después de comer haz algo, no te quedes quieto a ver la televisión o leer.
- Evita el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes (café, té...) que suelen acompañar al tabaco.
- Modifica tus rutinas, para no caer en el consumo de tabaco asociado a gestos: sal de paseo, coge el teléfono con un bolígrafo en la mano, lávate los dientes al terminar de comer.
- Evita ambientes donde se fume, sobre todo los primeros días; en las citas llega el último para evitar las ganas de fumar en la espera.
- Cuando el deseo de fumar parezca irresistible, relájate: inspira profundamente, retén el aire el tiempo máximo posible y suéltalo lentamente.
- No cedas nunca, ni siquiera por un cigarrillo, ni por una calada.



PACIENTE N°: / /

FECHA: / /

**SEXO:** Varón  Mujer  Año Nacimiento: / /

**IMC:** (índice de masa corporal) .....Kg/m<sup>2</sup>

**EDAD DE INICIO:**

**PRIMER CONTACTO CON EL TABACO:**

**ALERGIAS:**

**ENFERMEDADES:**

**TRATAMIENTOS:**

**Niveles de Monóxido de Carbono (CO):** ppm.

## CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO DESDE LA FARMACIA

1. **¿Ha intentado antes dejar de fumar?**  Sí (ir a la pregunta 2)  
 No (ir a la pregunta 6)

2. **¿Cuántas veces lo ha intentado?**

3. **¿Cuánto tiempo estuvo sin fumar la última vez?**

<3 meses  3-6 meses  6-12 meses  1-2 años  >2 años

4. **¿Utilizó algún tratamiento de ayuda?**

Nada  Chicles  Parches  Comprimidos   
Acupuntura  Homeopatía  Imnosis  Otros:.....

3. **¿Recibió educación sanitaria de algún/os profesional/es sanitario/s?**

Sí  No  ¿De quién?:.....

4. **¿De qué tipo?** .....

5. **¿En qué fase se encuentra el fumador?:**

F. Precontemplación <input type="checkbox"/> No quiere modificar su conducta.	F. Contemplación <input type="checkbox"/> Reconoce el problema y considera la posibilidad de cambiar, pero tiene dudas.	F. Preparación <input type="checkbox"/> Toma la decisión y se compromete a emprender el cambio en los próximos 30 días.
F. Acción <input type="checkbox"/> Cambia la conducta.	F. Mantenimiento <input type="checkbox"/> Mantiene el cambio.	F. Recaída <input type="checkbox"/> Vuelve a la conducta previa.

6. **Marca de cigarrillos que fuma:**.....

mg. nicotina..... mg. alquitrán.....

CO.....

7. **¿Fuma cigarrillos mentolados?**  Sí  No

**\*Informar de los riesgos: se absorbe más nicotina**

## CONCEPTOS Y PUNTUACIÓN DEL TEST DE FAGERSTRÖM PARA MEDIR LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA

1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma el primer cigarrillo del día?

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> En 5 minutos o menos | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> En 6-30 minutos      | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> En 31-60 minutos     | 1 punto  |
| <input type="checkbox"/> Más de 60 minutos    | 0 puntos |

2. ¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?

- |                             |          |
|-----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Sí | 1 punto  |
| <input type="checkbox"/> No | 0 puntos |

3. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Al primero de la mañana   | 1 punto  |
| <input type="checkbox"/> A cualquiera de los demás | 0 puntos |

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 10 o menos | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> 11-20      | 1 punto  |
| <input type="checkbox"/> 21-30      | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> 31 o más   | 3 puntos |

5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

- |                             |          |
|-----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Sí | 1 punto  |
| <input type="checkbox"/> No | 0 puntos |

6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que haya de pasar la mayor parte del día en la cama?

- |                             |          |
|-----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Sí | 1 punto  |
| <input type="checkbox"/> No | 0 puntos |

**VALORACIÓN:**

**de 0 - 3 puntos, dependencia baja.  
de 4 - 7 puntos, dependencia moderada.  
más de 7 puntos, dependencia alta.**

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

## CONCEPTOS Y PUNTUACIÓN DEL TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR (TEST DE RICHMOND)

### 1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

- |                             |          |
|-----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Sí | 1 punto  |
| <input type="checkbox"/> No | 0 puntos |

### 2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?

- |                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Nada     | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Algo     | 1 punto  |
| <input type="checkbox"/> Bastante | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Mucho    | 3 puntos |

### 3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Definitivamente NO | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Quizás             | 1 punto  |
| <input type="checkbox"/> Sí                 | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Definitivamente Sí | 3 puntos |

### 4. ¿Cabe la posibilidad de que sea un “NO FUMADOR” en los próximos 6 meses?

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Definitivamente NO | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Quizás             | 1 punto  |
| <input type="checkbox"/> Sí                 | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Definitivamente Sí | 3 puntos |

#### VALORACIÓN:

**de 0 - 3 puntos, motivación baja.**  
**de 4 - 7 puntos, motivación moderada.**  
**más de 7 puntos, motivación alta.**

PUNTUACIÓN TOTAL:

# CALENDARIO DE VISITAS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN

Nº Paciente:     /     /

**Recaidas**    Sí     No

Fecha:

¿Cuánto fuma?:

< 10      10-20      >20

1ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación Total:**

2ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación Total:**

3ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

4ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

# CALENDARIO DE VISITAS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN

Nº Paciente:     /     /

**Día D:**

**Recaidas**    Sí     No

Fecha:

¿Cuánto fuma?:

< 10      10-20      >20

1ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

2ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

COPIA PARA EL FARMACÉUTICO



3ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

4ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**



# CALENDARIO DE VISITAS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN

Nº Paciente:     /     /

**Día D:**

**Recaidas**    Sí     No

Fecha:

¿Cuánto fuma?:

< 10      10-20      >20

5ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**Puntuación Total:**

6ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**Puntuación Total:**

7ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

8ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

# CALENDARIO DE VISITAS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN

Nº Paciente:     /     /

**Recaidas**    Sí     No

Fecha:

¿Cuánto fuma?:

< 10      10-20      >20

5ª Visita. Día:     /     /

Tfno:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**Puntuación Total:**

6ª Visita. Día:     /     /

Tfno:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**Puntuación Total:**

COPIA PARA EL FARMACÉUTICO



7ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

8ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

# CALENDARIO DE VISITAS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN

Nº Paciente:     /     /

**Recaidas**    Sí     No

Fecha:

¿Cuánto fuma?:

< 10      10-20      >20

9ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación Total:**

10ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación Total:**

11ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

12ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

# CALENDARIO DE VISITAS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN

Nº Paciente:     /     /

**Recaidas**    Sí     No

Fecha:

¿Cuánto fuma?:

< 10      10-20      >20

9ª Visita. Día:     /     /

Tfno:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

10ª Visita. Día:     /     /

Tfno:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

COPIA PARA EL FARMACÉUTICO



11ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

12ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**



## CALENDARIO DE VISITAS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN

Nº Paciente:     /     /

**Recaidas**    Sí     No

Fecha:

¿Cuánto fuma?:

< 10      10-20      >20

13ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación Total:**

14ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación Total:**

15ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

16ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

# CALENDARIO DE VISITAS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN

Nº Paciente:     /     /

**Recaidas**    Sí     No

Fecha:

¿Cuánto fuma?:

< 10      10-20      >20

13ª Visita. Día:     /     /

Tfno:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**Puntuación Total:**

14ª Visita. Día:     /     /

Tfno:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**Puntuación Total:**

COPIA PARA EL FARMACÉUTICO



15ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

16ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

## CALENDARIO DE VISITAS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN

Nº Paciente:     /     /

**Recaidas**    Sí     No

Fecha:

¿Cuánto fuma?:

< 10      10-20      >20

17ª Visita. Día:     /     /

Tfno:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**Puntuación Total:**

18ª Visita. Día:     /     /

Tfno:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				
.....				

**Puntuación Total:**

19ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

20ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

# CALENDARIO DE VISITAS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN

Nº Paciente:     /     /

**Recaidas**    Sí     No

Fecha:

¿Cuánto fuma?:

< 10      10-20      >20

17ª Visita. Día:     /     /

Tfno:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación Total:**

18ª Visita. Día:     /     /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación Total:**

COPIA PARA EL FARMACÉUTICO



19ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**

20ª Visita. Día: / /

Tfno.:

Presencial

	0	1	2	3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Más apetito				
Depresión				
Nerviosismo				
Insomnio				
Reacciones adversas .....				

**Puntuación total:**



## INFORME PARA EL MÉDICO

**FARMACIA:**

**FECHA:**

Estimado Dr/a.

La/El paciente..... de ..... años,  
está en tratamiento con la siguiente medicación:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Acude a nuestro servicio de cesación tabáquica presetando:

Peso: .....Kg. Talla: .....m. IMC: (índice de masa corporal).....Kg/m<sup>2</sup>

CO: .....mmHg

Test Fagerström: .....

Test de Richmond: .....

Actualmente está con el siguiente tratamiento de ayuda:

Nada       Parches       Comprimidos para chupar       Chicles   
Acupuntura       Homeopatía       Imnosis       Otros .....

Debido a la situación del paciente ruego valore la posibilidad de instaurar un tratamiento para la cesación tabáquica y revisión, si procede, del tratamiento actual.

Quedo a su disposición.

Atentamente.

LDO.

Nº colegiado:



