



## CARTELLA CLINICA

### DATI ANAGRAFICI

NOME ..... COGNOME ..... data di nascita .....

LUOGO DI NASCITA ..... Residente in via ..... n° .....

Città ..... Tel. .... Nome del medico di base .....

Città di residenza del medico ..... Codice Fiscale .....

esenzione ticket n° ..... Orari e giorni di disponibilità per le terapie .....

.....

.....

.....

### ANAMNESI

#### Stato civile:

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a dal .....
- Separato/a-Divorziato/a-Vedovo/a dal mese ..... anno .....
- Figli n° .....

#### Titolo di studio:

- Nessuno
- Licenza elementare
- Licenza di scuola media inferiore
- Diploma di scuola media superiore
- Diploma universitario
- Laurea

| Attività lavorativa | Precedente                                      | Attuale   |
|---------------------|---|---|
|                     | <input type="checkbox"/> Pensionato             | <input type="checkbox"/> Pensionato             |
|                     | <input type="checkbox"/> Studente               | <input type="checkbox"/> Studente               |
|                     | <input type="checkbox"/> Artigiano/Commerciante | <input type="checkbox"/> Artigiano/Commerciante |
|                     | <input type="checkbox"/> Operaio                | <input type="checkbox"/> Operaio                |
|                     | <input type="checkbox"/> Impiegato              | <input type="checkbox"/> Impiegato              |
|                     | <input type="checkbox"/> Dirigente              | <input type="checkbox"/> Dirigente              |
|                     | <input type="checkbox"/> Imprenditore           | <input type="checkbox"/> Imprenditore           |
|                     | <input type="checkbox"/> Libero Professionista  | <input type="checkbox"/> Libero Professionista  |
|                     | <input type="checkbox"/> Insegnante             | <input type="checkbox"/> Insegnante             |
|                     | <input type="checkbox"/> Casalinga              | <input type="checkbox"/> Casalinga              |
|                     | <input type="checkbox"/> Disoccupato            | <input type="checkbox"/> Disoccupato            |
|                     | <input type="checkbox"/> Altro                  |   |

**Dove/da chi ha avuto informazioni sul Centro/Ambulatorio Antifumo?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personale Sanitario         | <input type="checkbox"/> Amici                                 |
| <input type="checkbox"/> Altro Medico specialista    | <input type="checkbox"/> Materiale informativo A.U.S.L./A.S.L. |
| <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale | <input type="checkbox"/> Internet                              |
| <input type="checkbox"/> Reparto di Pneumologia      | <input type="checkbox"/> Stampa                                |
| <input type="checkbox"/> Radio/T                     | Altro .....  |

*Possibile più di una risposta.***Qual è il motivo che l'ha spinto a rivolgersi a questo Centro/Ambulatorio Antifumo?**

- A. Problemi di salute in genere (autopercepiti)
- B. Invio da parte di un operatore sanitario. Se sì, indicare sinteticamente quali  
.....  
.....
- C. Altre pressioni esterne. Se sì, indicare da parte di chi .....
- D. Motivazione personale al cambiamento e di prendersi cura di sè
- E. Altro .....

*Possibile più di una risposta.***Ultimamente il numero di sigarette che fuma è:**

- Aumentato                       Diminuito                       Costante

**A che età ha iniziato a fumare?** ..... **Quante sigarette fuma attualmente?** .....

**In passato, ha già smesso di fumare?**                       No                       Sì

**Se SÌ, quante volte?** ..... **Se SÌ, per quanto tempo? (MESI)** .....

**Metodo utilizzato:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Senza aiuto esterno            | <input type="checkbox"/> Nicotina (cerotto, gomma, altro) |
| <input type="checkbox"/> Agopuntura                     | <input type="checkbox"/> Ipnosi                           |
| <input type="checkbox"/> Gruppi di sostegno psicologico | <input type="checkbox"/> Vareniclina                      |
| <input type="checkbox"/> Bupropione                     | <input type="checkbox"/> Altro .....                      |

**QUESTIONARIO DI FAGERSTRÖM**

|   |   | <b>Punti</b>     |
|---|---|------------------|
| Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?                                  | <input type="checkbox"/> entro 5 minuti<br><input type="checkbox"/> 6 - 30 minuti<br><input type="checkbox"/> 31 - 60 minuti<br><input type="checkbox"/> dopo 60 minuti | 3<br>2<br>1<br>0 |
| Trova difficile astenersi dal fumare in luoghi in cui è vietato?                            | <input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> no  | 1<br>0           |
| Quale, tra tutte le sigarette che fuma in un giorno trova più gratificante?                 | <input type="checkbox"/> la prima del mattino<br><input type="checkbox"/> qualsiasi   | 1<br>0           |
| Quante sigarette fuma in una giornata?  | <input type="checkbox"/> 0 - 10<br><input type="checkbox"/> 11 - 20<br><input type="checkbox"/> 21 - 30<br><input type="checkbox"/> più di 30                           | 0<br>1<br>2<br>3 |
| Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata? | <input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> no  | 1<br>0           |
| Fuma anche se è tanto malato da doversi mettere a letto tutto il giorno?                    | <input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> no  | 1<br>0           |
|   | <b>TOTALE</b>   |                  |

**VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE****Anamnesi patologica**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Esame obiettivo**

Peso (kg) ..... Altezza (cm) ..... PA (mmHg) ..... FC (b/m') .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Terapie attuali

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Esami strumentali

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### VALUTAZIONE DEL CO ESPIRATO

CO (ppm) ..... CO Hb (%) .....

Data .....

### VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI COMPORTAMENTALI

#### Quali sono i motivi che abitualmente la spingono a fumare?

- Stress/nervosismo                       Momenti di relax                       Fumo in continuazione

altro .....

#### Valutazione dei precedenti tentativi di smettere (considerazioni sulla motivazione, sui motivi di ricaduta, grado di consapevolezza).

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

#### Storia di personale disturbo del comportamento alimentare

- Si     No

#### Alcol

- Dipendenza da alcol  
      1) Pregressa  
      2) Attuale

U. Alcoliche/die .....

- Abuso di alcol  
      1) Pregresso  
      2) Attuale

U. Alcoliche/die .....

#### Uso stupefacenti

Sostanza primaria .....

- Dipendenza  
      1) Pregressa  
      2) Attuale

Periodicità uso  
(n volte/settimana) .....

Eventuale sostanza secondaria .....

- Abuso  
      Pregresso  
      Attuale

Periodicità uso  
(n volte/mese) .....

**Uso psicofarmaci/diagnosi psichiatrica**

pregresso                       attuale

Periodo di uso (espresso in n° di mesi) .....

Nome dei farmaci .....

.....

Eventuale diagnosi psichiatrica .....

.....

**Storia di dipendenze nell'ambito familiare?**

Sì                                       No

**Situazioni e vissuti psicologicamente significativi negli ultimi cinque anni.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Situazione psicologica attuale e risorse.**

.....

.....

.....

**Self-efficacy**

Per quanto dipende da lei, che capacità si attribuisce di smettere di fumare, da 0 a 5?

0     1     2     3     4     5

**Stadio del cambiamento**

Secondo Prochaska e Di Clemente

Precontemplativo     Contemplativo     Determinato/azione

Mantenimento     Ricaduta

**Esito della valutazione:**

*(Approccio all'operatore, risorse, disponibilità al cambiamento, grado di frattura interiore, self-efficacy, aspetti psicopatologici, grado di dipendenza fisica, indicazioni/controindicazioni al trattamento, eventuale contrattualità terapeutica specifica)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**FOLLOW-UP**

Esito a fine trattamento:

.....

.....

.....

.....

- Astinente                       Fuma n° sigarette/die                       CO ppm

**A TRE MESI:**

- astinente       b) ridotto <50%                       ridotto < 25%                       ricaduto                       immuntato
- CO, ppm .....                      ALTRO .....

**A SEI MESI:**

- astinente       b) ridotto <50%                       ridotto < 25%                       ricaduto                       immuntato
- CO, ppm .....                      ALTRO .....

**A DODICI MESI:**

- astinente       b) ridotto <50%                       ridotto < 25%                       ricaduto                       immuntato
- CO, ppm .....                      ALTRO .....

## Note per la valutazione e la diagnosi

Si allegano brevi sintesi dei criteri diagnostici per alcune patologie psichiatriche frequentemente correlate al tabagismo. È lasciato alla scelta dell'operatore utilizzare questi criteri come guida per il colloquio clinico o fare riferimento a strumenti (per es. test) più specifici. In aggiunta si riporta una copia del "diario del fumatore", utile strumento di gestione del percorso terapeutico.

## Criteri DSM per episodio depressivo maggiore

**A.** Almeno 5 dei seguenti sintomi sono stati presenti durante lo stesso periodo di 2 settimane, e rappresentano un cambiamento rispetto al funzionamento (psicosociale) precedente; almeno uno dei sintomi è 1 umore depresso, 2 perdita di interesse o di piacere.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riferito dal resoconto del soggetto e osservato dagli altri
2. Marcata diminuzione di interesse e di piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riferita dalla presenza di apatia per la maggior parte del tempo)
3. Significativa perdita di peso o aumento di peso non dovuto a diete oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno
4. Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno anche osservato da altri non solo sintomi soggettivi!
6. Affaticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno
7. Sentimenti di svalutazione o di colpa eccessivi o immotivati (anche con screezio psicotico delirante) quasi ogni giorno
8. Diminuita capacità di pensare o di concentrarsi o indecisione quasi ogni giorno
9. Pensieri ricorrenti di morte, ricorrenti propositi suicidari senza un piano specifico o tentativo di suicidio o ideazione di un piano specifico al fine di commettere il suicidio

**B.** I sintomi non soddisfano i criteri per Episodio Misto

**C.** I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

**D.** I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio abuso di droga) o di una condizione medica generale (per esempio ipotiroidismo)

**E.** I sintomi non sono meglio giustificati dal lutto, e comunque durano più di una depressione da lutto fisiologica, cioè più di 2 mesi o sono caratterizzati da una compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

## Criteria DSM per disturbo d'ansia generalizzato (GAD)

**A.** Ansia e preoccupazione eccessive (attesa apprensiva), che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, a riguardo di una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).

**B.** La persona ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.

**C.** L'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi).

Nota: Nei bambini è richiesto solo un item.

1. irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle
2. facile affaticabilità
3. difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria
4. irritabilità
5. tensione muscolare
6. alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno o sonno inquieto e insoddisfacente).

**D.** L'oggetto dell'ansia e della preoccupazione non è limitato alle caratteristiche di un disturbo in Asse I, per es., l'ansia o la preoccupazione non riguardano l'aver un ATTACCO DI PANICO (come nel DISTURBO DI PANICO, SENZA AGAROFobia, CON AGAROFobia), rimanere imbarazzati in pubblico (come nella Fobia Sociale), essere contaminati (come nel DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO), essere lontani da casa o dai parenti stretti (come nel DISTURBO D'ANSIA DI SEPARAZIONE), prendere peso (come nell'ANORESSIA NERVOSA), avere molteplici fastidi fisici (come nel DISTURBO DI SOMATIZZAZIONE), o avere una grave malattia (come nell'IPOCRONDRIA) e l'ansia e la preoccupazione non si manifestano esclusivamente durante un DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS.

**E.** L'ansia, la preoccupazione, o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

**F.** L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo) e non si manifesta esclusivamente durante un DISTURBO DELL'UMORE, un DISTURBO PSICOTICO o un DISTURBO PERVASIVO DELLO SVILUPPO.

