



**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ
BIRAKMA HAZIRLIĞI DÖNEMİ
BİLGİ FORMU**

Doküman Kodu	PLK.FR.52
Yayın Tarihi	22.05.2018
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1/2

<input type="checkbox"/> SİGARA <input type="checkbox"/> OT	Formu Doldurmanın Adı:		Form No:
Hastanın Adı-Soyadı:	Cinsiyet <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	Dosya No:	
Doğum tarihi:	Mesleği:	/ / 201...	
İşyeri adresi ve telefon no:	Eğitim Durumu:	Çocuk sayısı:	
Ev adresi ve telefon no:	Medeni Hali:	Evde sigara dumanı:	
Başvuru şekli:	<input type="checkbox"/> Sevkle <input type="checkbox"/> Kendi isteğiyle (Nasıl duymuş ve karar vermiş)		

⇒1) İlk yüz sigarayı içtiğinizde kaç yaşındaydınız?	⇒2) Genellikle hangi marka sigara kullanıyorsunuz?	⇒3) Sigara masrafı?: Haftada:..... Ayda:..... Yılda:.....
---	--	--

⇒4) 1) Gün içerisinde kaç tane sigara içiyorsunuz? (.....adet/gün) = (.....paket/yıl) <input type="checkbox"/> 31 adetten daha fazla (3p) <input type="checkbox"/> 21-30 adet (2p) <input type="checkbox"/> 11-20 adet (1p) <input type="checkbox"/> 10 adet veya daha az (0p) 2) Uyandıktan ne kadar sonra ilk sigaranızı içiyorsunuz? <input type="checkbox"/> 5 dakika içinde (3p) <input type="checkbox"/> 6-30 dakika (2p) <input type="checkbox"/> 31-60 dakika (1p) <input type="checkbox"/> 60 dakika sonra (0p) 3) Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde (Okul, sinema, kütüphane, hastane gibi) sigara içmeden durmakta zorlanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet (1p) <input type="checkbox"/> Hayır (0p) 4) Gün boyu içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor, diğer bir deyişle hangi sigaradan vazgeçmek sizin için en zordur? <input type="checkbox"/> Sabah ilk içtiğim sigara (1p) <input type="checkbox"/> Diğerleri (0p) 5) Uyandıktan sonraki ilk saatlerde, günün öteki saatlerine göre daha mı sık sigara içiyorsunuz? <input type="checkbox"/> Evet (1p) <input type="checkbox"/> Hayır (0p) 6) Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda da sigara içer misiniz? <input type="checkbox"/> Evet (1p) <input type="checkbox"/> Hayır (0p)	⇒6) Bırakma kararının nedenleri: 1. 2. 3. ⇒7) Tanısı konulmuş bir hastalığı var mı? 1. Yok 2. ASKH/KAH 3. HT 4. DM 5. KOAH/Astım 6. 7.	⇒9) Öyküde: 1. Öksürük veya nefes darlığı (eforla veya eforsuz) yakınmaları var mı?..... 2. Epigastriumda açlık ağrısı var mı?..... 3. Otit, sinüzit, farenjit, katarakt belirtileri var mı?..... 4. Çabuk yorulma?: 5. Ağız ve diş sağlığı yakınmaları?:..... 6. Alkol kullanımı?
---	--	---

⇒5) Toplam bağımlılık puanı (Bağımlılık düzeyi): (0-2 =Çok az), (3-4=Az), (5=Orta), (6-7=Yüksek), (8-10=Çok yüksek)	⇒8) TA: Boy: Kilo: ET-CO düzeyi: Diğer +FM bulgusu:	⇒10) Aile Öyküsü: 1. Özellik Yok 2. Koroner Kalp Hastalığı:..... 3. Serebrovasküler Hastalık:..... 4. Diyabet:..... 5. Kanser:..... 6. Diğer.....
--	--	---

⇒11) Sürekli/Bu günlerde kullandığı ilaçları:

⇒12) 1. Bırakma Deneyimi (En az 24 saat süren sigara bırakma girişimi): Geçen yıl sigarayı bırakmayı denediniz mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Bu kaçınıcı bırakma denemeniz olacak?:..... 2. Yeniden başlamanız nasıl oldu?	3. Şimdiye kadar sigara bırakmak için ilaç kullandınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır İlacın ismi? : Kim önermiş?: Kullanma şekli?: İlacın etkisi?:
---	---

⇒13) En yakın ilişki içindeki kişiler	Kullanım durumu (İçmemiş, İçiyor, bırakmış)	Bırakmaya hazırlık (Düşünmüyor, Düşünüyor, Hazır)	Bu gelişmeye olası tepkisi (Olumlu, İlgisiz, Olumsuz)

⇒14) Bırakma konusunda kendine güven notu (1-5 arası):..... **BIRAKMA GÜNÜ:** / /201...

⇒15) Hazırlık dönemi stratejileri:

- 1- Kılavuz verme: Evet Hayır
- 2- Marka değiştirme: Evet Hayır
- 3- Saat usulü içerek azaltma: Evet Hayır (Evet ise içme planı:.....)
- 4- Koşullandırmaları söndürme
(isteği savuşturma teknikleri): Evet Hayır
- 5- Uyarıların kontrolü için uyan:
 Bırakma günü arife gecesinden itibaren sigara ile ilgili her şeyin evden ve işyerinden uzaklaştırılması:
- 6- Alkol:
 Bırakma günü sonrası ilk dönem için alkollü vesilelerden, diğer tahrik edici yerlerden uzak durması
- 7- Sosyal destek verecek kişinin belirlenmesi:
 Hayır (Destek Yok) Evet (Destek var. Kim?

⇒16) Reçete edilen ilaçlar:

- Nicotinell TTS (30, 20, 10) Nicorette Sakız (2 mg veya 4 mg)
- Bupropion 150 mg (ZYBAN®) Vareniklin (CHAMPİX®)
- İlaç verilmedi. Çünkü:
- Diğer:

Kontrol 1 (Tarih:) Yüz yüze Tel Kilo: TA:

Bırakma gününde sigarayı bırakmış mı? **ET- CO düzeyi:**

Sigara İçme Durumu:

İlaç kullanıyor mu?

İlaç alamamışsa neden?

Motivasyon:

Rekürrens uyarısı:

Hastanın ifadeleri:

Kontrol 2 (Tarih:) Yüz yüze Tel Kilo: TA:

Bırakma gününde sigarayı bırakmış mı? **ET- CO düzeyi:**

Sigara İçme Durumu:

İlaç kullanıyor mu?

İlaç alamamışsa neden?

Motivasyon:

Rekürrens uyarısı:

Hastanın ifadeleri:

Kontrol 3 (Tarih:) Yüz yüze Tel Kilo: TA:

Bırakma gününde sigarayı bırakmış mı? **ET- CO düzeyi:**

Sigara İçme Durumu:

İlaç kullanıyor mu?

İlaç alamamışsa neden?

Motivasyon:

Rekürrens uyarısı:

Hastanın ifadeleri:

Kontrol 4 (Tarih:) Yüz yüze Tel Kilo: TA:

Bırakma gününde sigarayı bırakmış mı? **ET- CO düzeyi:**

Sigara İçme Durumu:

İlaç kullanıyor mu?

İlaç alamamışsa neden?

Motivasyon:

Rekürrens uyarısı:

Hastanın ifadeleri: