
GHID DE RENUNȚARE LA FUMAT ȘI ASISTENȚĂ DE SPECIALITATE A FUMĂTORULUI (GREFA)



Ghid de buzunar
pentru personalul sanitar
2008

**GHID DE RENUNȚARE LA FUMAT ȘI ASISTENȚĂ DE
SPECIALITATE
A FUMĂTORULUI**

(GREFA)

Ghid de buzunar

Comitet științific:

Conferențiar doctor **Antigona Trofor**- medic primar pneumologie
(*coordonator*)

Profesor doctor **Florin Mihălțan**- medic primar pneumologie

Șef de lucrări doctor **Stefan Mihăicuță** - medic primar pneumologie

Profesor doctor **Monica Pop** - medic primar pneumologie

Conferențiar doctor **Doina Todea** - medic primar pneumologie

Conferențiar doctor **Florin Anca** –medic primar obstetrică-ginecologie

Doctor **Rodica Tănăsescu** – medic primar medicină de familie

Asistent medical **Victorela Vieriu** - asistent medical principal pediatrie

Psiholog clinician **Mirela Samoilă**

Psiholog clinician **Irina Păvăluc**

Revizori externi:

Profesor doctor **Dan Gaiță** - medic primar cardiolog

Conferențiar doctor **Daniel Lighezan**

medic primar medicină internă, cardiologie

Profesor doctor **Diana Deleanu**

medic primar medicină internă și alergologie-imunologie

Comitet de pacienți:

Popescu Gabriela

Haraga Milica

Ghilaș Rodion

**GHID DE RENUNȚARE LA FUMAT ȘI
ASISTENȚĂ DE SPECIALITATE
A FUMĂTORULUI**

(GREFA)

**GHIDUL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE PNEUMOLOGIE
(2008)**

**Ghid elaborat la inițiativa grupului de lucru
al Secțiunii Tabacologie din
Societatea Română de Pneumologie**

Ghid de buzunar



 editura
Tehnopress

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE
Secțiunea Tabacologie

Editura TEHNOPRESS

Str.Pinului nr. 1A, 700109 Iași,

Tel./fax: 0232 260092

E-mail: tehnopress@yahoo.com

<http://www.tehnopress.ro>

Editură acreditată CNCSIS

ISBN 978-973-702-602-6

Cuprins

Capitolul 1 - RECOMANDĂRI DE ORDIN MEDICAL	7
1. Recomandări de diagnostic	
1. 1. Identificarea pacienților cu dependență nicotinică, tipuri de fumători	7
1. 2. Diagnosticul dependenței nicotinică	7
2. Recomandări de conduită terapeutică – noțiuni generale ...	8
2.1. Intervenția terapeutică primară: sfatul minimal pentru renunțarea la fumat (Nivelul 1)	9
2.2. Intervenția terapeutică de specialitate în vederea renunțării la fumat (Nivelul 2)	10
2.2.1. Conținutul intervenției de specialitate	10
2.2.2. Consultația inițială a fumătorului	11
2.2.3. Consultațiile de control și de monitorizare a sevrajului	12
2.2.4. Consultația finală	12
2.2.5. Riscul de recidivă	12
2.3. Terapia farmacologică a dependenței nicotinică	13
2.3.1. Terapia de substituție nicotinică (TSN)	13
2.3.2. Terapia cu bupropion	15
2.3.3. Terapia cu vareniclină	15
2.3.4. Terapii nerecomandate	16
2.4. Terapii nonfarmacologice	16
2.4.1. Consilierea individuală de tip cognitiv-comportamentală ...	17
2.4.2. Suportul telefonic și materialele autoajutătoare informative	17
2.4.3. Asocierea consilierii cognitiv comportamentale la terapia farmacologică	18
2.5. Recomandări de scheme terapeutice individualizate	18
2.5.1. Asocieri de medicamente	18
2.5.2. Tratament prelungit	19
2.6. Reducerea fumatului ca metodă de renunțare	19
3. Recomandări de tratament în situații speciale și la grupe de populație cu risc	19
3.1. Gravide	19
3.2. Tineri sub 18 ani	20

3.3. Grupe specifice: infectați HIV, spitalizați, cu comorbidități, vârstnici, consumatori de droguri, afecțiuni psihice	21
3.4. Fumători cu nivel socio-economic redus /nivel de educație scăzut	22
3.5. Creșterea în greutate	23
3.6. Fumătorii moderați	24
3.7. Prevenirea recidivelor	24
3.8. Consumatorii de alte forme de tutun	24
3.9. Dependenți de substituenți de nicotină	25

Capitolul 2 - RECOMANDĂRI CU PRIVIRE LA FORMAREA PERSONALULUI	26
--	-----------

Capitolul 3 - RECOMANDĂRI DE ORDIN ADMINISTRATIV	27
---	-----------

Anexe:Testul Fagerstrom, fișe individuale	31
--	-----------

Capitolul 1 – RECOMANDĂRI DE ORDIN MEDICAL

1. RECOMANDĂRI DE DIAGNOSTIC

1.1. Identificarea pacienților cu dependență nicotinică

Orice pacient care se adresează unui serviciu medical (cabinet medic de familie, medic specialist de ambulatoriu, spital, dentist, etc.) trebuie chestionat cu privire la fumat, la fiecare consultație. Consumul de tutun se consemnează în documentele medicale (fișă, foaie de observație, scrisoare medicală, bilete de trimitere, etc.) și se declară statusul de fumător al individului respectiv în concordanță cu definițiile ghidurilor standardizate.

Statusul de fumător - definiții

Pentru nivelul 1 (medicină primară, respectiv rețeaua medicilor de familie, cabinete medicale ambulatorii, dentiști, servicii de triaj ale spitalelor, orice serviciu medical care asistă fumători la un nivel de bază), se recomandă identificarea și înregistrarea statusului fumatului, ca o etichetare sumară, simplă și operativă:

Fumător: persoana care fumează de cel puțin 6 luni.

Nefumător: persoana care nu a fumat mai mult de 100 țigări în cursul vieții (100 de țigări sunt echivalentul a 100 g tutun, în cazul pipei și al altor produse de tutun decât țigara).

Fost fumător: persoană care nu mai fumează de cel puțin 6 luni.

1. 2. Diagnosticul dependenței nicotinică

Diagnosticul clinic al dependenței nicotinică se stabilește cu ajutorul următorilor parametri:

- *Statusul fumatului: fumător, nefumător, fost fumător.*
- *Consumul tabagic: pachete-ani, exprimat prin numărul de pachete fumate/zi și numărul de ani de fumat.*

- *Scorul de dependență nicotinică* cu ajutorul testului Fagerstrom (Anexa 1) care permite aprecierea severității *dependenței de nicotină*: 0-3 puncte - dependență ușoară, 4-6 puncte - dependență medie, 7-10 puncte - dependență severă.
- *Analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat* care permite cunoașterea modului în care subiectul va traversa perioada de sevraj, anticiparea unor probleme de complianță la tratament, prevenția recidivelor.

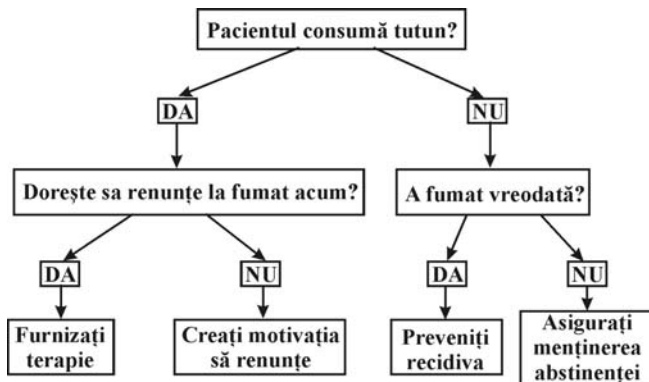
Recomandăm tuturor medicilor practicieni care acordă îngrijiri persoanelor identificate ca fumători să considere consumul de tutun o boală cronică recidivantă denumită dependență nicotinică.

2. RECOMANDĂRI GENERALE DE CONDUITĂ TERAPEUTICĂ

Intervenția terapeutică este obligatorie pentru toți pacienții diagnosticați cu dependență nicotinică. Orice fumător identificat prin consult medical (Anexa2) trebuie să primească asistență medicală adecvată în scopul opririi fumatului.

Identificarea și sfătuirea fumătorilor pentru a renunța la fumat trebuie să fie însoțită de evaluarea motivației pacientului de a opri fumatul la momentul respectiv.

Algoritm de asistență pentru renunțarea la fumat



Există următoarele situații în practica medicală:

1. *Pacientul este fumător și dorește să renunțe la fumat.* Se va prescrie terapie farmacologică eficientă, în asociere cu terapie cognitiv - comportamentală. Este indicată adresarea la un specialist instruit în consiliere pentru renunțarea la fumat. Se aplică algoritmul celor "5 A" (întrebă, sfătuiește, apreciază, asistă, programează).

2. *Pacientul este fumător și nu dorește să renunțe la fumat.* Va primi sfatul minimal antifumat, care poate contribui la crearea unei motivații viitoare pentru renunțare. Este indicată aplicarea algoritmului celor 5 R care prevede *relevarea motivației* de a renunța, a *riscurilor* posibile pentru sănătate, a *recompensei* prin sevraj, a *obstacolelor* și a necesității *repetării intervenției* pentru succes.

3. *Pacientul a fost fumător și a renunțat la fumat.* Va primi intervenții minime de consiliere cognitiv-comportamentală în vederea menținerii abstenenței și prevenirii recidivei fumatului.

4. *Pacientul nu a fumat niciodată.* Este nevoie de reconfirmarea la fiecare vizită a statusului inițial de nefumător însoțită de recomandarea de menținere a abstenenței.

2.1. Intervenția terapeutică primară: sfatul minimal pentru renunțarea la fumat (Nivelul 1)

Toți medicii ar trebui să recomande fiecărui pacient fumător să renunțe la fumat. Există dovezi conform cărora sfaturi medicale de 3-5 minute cresc semnificativ rata abstenenței la fumat pe termen lung.

Medicii de familie și asistentele lor trebuie să fie instruiți teoretic și practic pentru a fi capabili să ofere sfatul minimal antifumat, să asiste tentativele de renunțare la fumat și să poată face indicație adecvată de tratament.

Personalul medical din spitale trebuie să evalueze statusul fumatului și să acorde sfatul minimal în vederea renunțării la fumat pentru toți pacienții internați, asigurând asistență celor care doresc

să oprească fumatul. Pacienții vor fi informați că în spitale nu se fumează. Pentru pacienți spitalizați care sunt fumători curenți, se recomandă acordarea de ajutor medical calificat pentru oprirea fumatului.

2.2. Intervenția de specialitate pentru renunțare la fumat (nivelul 2)

Orice fumător care nu reușește să renunțe la fumat prin voință sau în urma sfatului minimal antifumat trebuie să aibă acces la un cabinet de consiliere intensivă unde va putea fi asistat de un specialist instruit în acest domeniu.

Consilierea de specialitate pentru renunțarea la fumat cuprinde terapie farmacologică, consiliere cognitiv-comportamentală și metode complementare. Este asigurată de personal care a absolvit cursuri de formare în domeniu, se bazează pe discuții față în față cu fumătorii, în minim 4 sesiuni cu durata de 20-45 minute pe parcursul a 8-12 săptămâni și cuprinde și o perioadă de urmărire fără terapie medicamentoasă, până la confirmarea abinenței tabagice.

Această intervenție presupune o evaluare inițială a profilului de fumător cu aprecierea indicației de terapie farmacologică sau non-farmacologică, vizite intermediare în vederea controlului bolii sub tratament, monitorizarea biomarkerilor expunerii organismului la fum de tutun și evaluarea finală cu aprecierea rezultatelor.

Intervenția este considerată eficace dacă se atinge abinența tabagică la finele curei terapeutice și se menține pentru cel puțin 6 luni.

2.2.1. Conținutul intervenției de consiliere intensivă de specialitate în vederea renunțării la fumat

Toate ghidurile de terapie a dependenței tabagice recomandă strategia în 5 trepte, schematizată ca strategia celor „5 A”-engl. (ISAAP-rom.):

Întreabă (pacientul dacă fumează),

Sfătuiește (pacientul să oprească fumatul),

Apreciază (motivația pacientului pentru oprirea fumatului),

Asistă (pacientul pe durata tratamentului dependenței nicotinic),

Programează (pacientul la control - vizite de monitorizare pe parcursul tratamentului).

Această strategie se aplică atât sfatului minimal în varianta rapidă de 3-5 minute, cât și consilierii de specialitate, în varianta intensivă.

2.2.2. Consultația inițială a fumătorului – cuprinde evaluarea fumătorului și stabilirea unei indicații terapeutice (Anexa3).

Strategii de consiliere specializată:

- a) **Pentru cei ce doresc și sunt motivați să renunțe la fumat** este indicată o intervenție intensivă completă reunind terapia farmacologică, consilierea cognitiv-comportamentală, susținerea prin intermediul liniilor telefonice și alte metode dacă sunt disponibile (consiliere psihologică, terapie de grup, participare la programe pe internet sau proiecte comunitare, materiale informative auto - ajutoare pentru pacienți).
- b) **Pentru cei ce nu doresc și nu sunt motivați să renunțe la fumat**, prima adresare la cabinetul specializat de renunțare la fumat este decisivă și constituie o oportunitate ideală de a influența stadiul schimbării în care se află pacientul.

În cazul pacienților nemotivați se recomandă un algoritm de sevraj tabagic constând din 5 trepte de construire a mesajului motivațional:

1. *Relevarea* motivației de a renunța (dacă pacientul nu posedă suficiente cunoștințe care să îl motiveze să oprească fumatul, acestea pot fi oferite ferm și concis, explicând expunerea pasivă a copiilor la fumat în locuință, riscul de BPOC, accident vascular cerebral etc.).

2. *Riscuri posibile* pentru sănătate (evaluate în funcție de antecedente, factori individuali, de mediu, ereditari).

3. *Recompensa* (identificarea împreună cu pacientul a beneficiilor opririi fumatului).

4. *Obstacolele posibile* (identificate concret împreună cu fumătorul).

5. *Repetarea intervenției de motivare pentru renunțarea la fumat* (se reia la fiecare vizită schema de discuție cu pacientul pentru obținerea motivației).

2.2.3. Consultațiile de control și monitorizarea sevrajului tabagic

Pe parcursul perioadei de tratament se recomandă supravegherea pacienților prin vizite de control (cel puțin două) cu scopul de a ne asigura că pacientul urmează tratamentul corect, în dozele standard în cazul terapiei farmacologice, că nu are dificultăți psiho-comportamentale sau simptome însurmontabile datorate sindromului de sevraj, că nu are efecte adverse medicamentoase (Anexa 4).

2.2.4. Consultația finală – atingerea și menținerea abstenenței tabagice (Anexa 5)

Obiectivul principal al unei intervenții medicale reușite este succesul sevrajului tabagic. Deși rata de succes descrisă în literatură este sub 40% la 1 an, obiectivul medicului este de a se asigura că a încercat toate metodele pentru a ajuta fumătorul să renunțe definitiv la tutun. Succesul tentativei de sevraj tabagic înseamnă obținerea și menținerea abstenenței tabagice.

2.2.5. Riscul de recidivă

Poate fi controlat prin strategii care îmbină terapii farmacologice dovedite eficiente cu un nivel ridicat de educație medicală a pacientului și cu terapia comportamentală, într-un program intensiv susținut pe parcursul a minimum 4 sesiuni de vizite medicale, cu durata de cel puțin 15 minute.

În cazul în care pacientul reia fumatul, el va fi reintrodus în algoritmul intervenției de sevraj. Trebuie analizați toți factorii pozitivi și negativi predictorii ai recidivei pe termen scurt sau la distanță.

La a doua cură, se recomandă intensificarea intervenției cu urmărire susținută, psihoterapie, terapie de grup, repetarea primei cure sau folosirea de terapii farmacologice în combinații care nu s-au folosit la curele anterioare.

Pentru această categorie de pacienți vulnerabili, există algoritmuri specifice de asistare (Tabel 1).

Algoritm de asistare pentru foști fumători cu risc mare de recidivă

Problema întâlnită	Soluția
1. Lipsa de suport pentru sevrăj	Programare la specialist-asistare, linii telefonice de suport, sprijin suplimentar-familie, anturaj, medic de familie, psiholog
2. Modificări de dispoziție sau de stare psihică	Consiliere, psihoterapie, medicație
3. Sindrom de sevrăj prelungit	Prelungirea duratei tratamentului medicamentos, scheme terapeutice cu combinații de medicamente, simptomatice
4 Creștere în greutate	Program de exerciții fizice, dietă echilibrată, consilier nutriționist, sublinierea beneficiului sevrăjului în balanță cu creșterea ponderală moderată inițială, folosirea medicației de sevrăj tabagic care întârzie surplusul ponderal
5. Persistența/Revenirea apetitului de a fuma	Încurajarea folosirii prelungite a medicației de sevrăj, a unei noi tentative de renunțare, natura cronică a bolii cu multiple posibile recăderi, adresarea la cabinete specializate de renunțare la fumat

Tabelul nr 1. Factori care influențează negativ rata de abținere tabagică (Treating tobacco use and cessation-U.S. Department of Health and Human Services, Mai 2008)

2.3. Terapia farmacologică a dependenței nicotinică

2.3.1. Terapia de substituție nicotinică (TSN)

TSN oferă nicotină prin alte căi decât produsele din tutun, ceea ce permite atenuarea simptomatologiei sindromului de abținere și ajută fumătorul în sevrăj tabagic să depășească mai ușor necesitatea de a primi nicotină, atunci când încearcă să nu fumeze.

Nivelele sanguine de nicotină cresc la 5-10 minute după administrarea de spray nazal cu nicotină, la 20 de minute după ce

pacientul a început să mestecă guma sau să utilizeze inhalerul și la 2-4 ore de la aplicarea plasturelui.

Guma cu nicotină

Recomandare: Guma cu nicotină este un medicament dovedit eficace în tratamentul dependenței nicotinică.

Mod de administrare: mestecarea lentă de 10-15 ori urmată de menținerea și apoi schimbarea poziției gumei în cavitatea bucală și repetarea manevrei timp de 20-30 de minute. Se indică persoanelor de peste 18 ani, care fumează cel puțin 10 țigăre/ zi, totalizând un scor ≥ 4 la testul de dependență Fagerstrom, motivate să oprească fumatul, capabile să-și admistreze corect medicamentul și fără condiții medicale coexistente precum diabet insulino-dependent, afecțiuni coronariene, ulcer peptic, hipertensiune arterială, boli ale articulației temporo-maxilare, sarcină, alăptare, afecțiuni dentare care se pot agrava datorită mestecării gumei. Doza este de 8-12 gume/zi, o gumă la 1-2 ore, în primele 6 săptămâni, apoi reducerea dozei la 1 gumă la fiecare 2-4 ore în următoarele 3 săptămâni, cu durata totală de 14 săptămâni.

Se recomandă: gumă cu nicotină de 2 mg pentru fumători cu scorul dependenței nicotinică ≥ 4 , iar guma de 4 mg celor cu un scor de dependență nicotinică ≥ 7 .

Plasturii cu nicotină

Recomandare: plasturii cu nicotină sunt eficace în renunțarea la fumat.

Doze uzuale: 15 mg/zi, la o durată standard a tratamentului de 6-14 săptămâni. Dozele mai mari de 25 mg, cu durata de peste 14 săptămâni au dublat rata de succes a terapiei cu plasturi nicotinică comparativ cu placebo.

Eficiența generală a terapiei de substituție se dovedește prin dublarea ratei de succes în renunțarea la fumat față de grupul tratat cu placebo de la 5 la 10% în serviciile de asistare de nivel 1 și respectiv de la 10 la 20% în serviciile de consiliere intensivă-nivelul 2.

2.3.2. Terapia cu bupropion

Recomandare: Bupropion SR s-a dovedit eficace în renunțarea la fumat.

Este un medicament de linia 1 dovedit eficace în terapia dependenței nicotinic.

Doze. Mod de administrare. Primele 3 zile un comprimat de 150 mg, apoi 150 mg x 2 /zi (la cel puțin 8 ore interval) pentru restul curei, cu durată de 9 - 12 săptămâni. Prolungirea duratei curei inițiale antrenează un sevraj tabagic mai durabil. Pacientul va fixa o dată de renunțare la fumat în cursul săptămânii a 2-a de tratament, timp în care mai poate fuma.

Contraindicații: vârsta sub 18 ani, sarcina, alăptarea, hipersensibilizare la bupropion sau excipienți, convulsii în antecedente, tumori ale SNC, accidente vasculare cerebrale sau condiții favorizante ale acestora, tulburări bipolare, anorexie sau bulimie nervoasă, sevraj alcoolic, insuficiență hepatică severă, antecedente de consum de benzodiazepine sau de inhibitori de monoaminoxidaza (IMAO).

Principalele efecte adverse: insomnia, cefaleea, gura uscată.

2.3.3 Terapia cu vareniclină

Recomandare: Vareniclina s-a dovedit eficace în renunțarea la fumat.

Mecanismul de acțiune presupune activitate de agonist parțial precum și antagonist al receptorilor nicotinici din creier. Revizuirea studiilor randomizate a relevat o dublare a ratei de succes a sevrajului tabagic în cazul dozei de 1 mg/zi și o triplare la doze de 2 mg/ zi, comparativ cu efectul placebo. Este bine tolerat pe o perioadă mai mare de 6 luni iar prelungirea duratei tratamentului previne recidiva fumatului.

Doze. Mod de administrare. Vareniclina se administrează pe cale orală, indiferent de ingestia de alimente, în două etape:

- inițială, 1 cp de 0,5 mg/ zi, primele 3 zile de tratament, apoi câte 1 cp de 0,5 mg x 2/zi zilele 4-7 de tratament, iar în zilele 8-14 câte 1 cp de 1mg x 2/zi (cutie de inițiere).

- de continuare: 1 comprimat de 1mg x 2/ zi, săptămânile 3-12 (cutie de întreținere).

Pacientul începe tratamentul, apoi în cursul primelor 2 săptămâni, preferabil între zilele 8-14, fixează o dată în care se tentează oprirea fumatului. Dacă nu reușește, cura continuă și decalează data fixată a renunțării la fumat până la reușită.

Contraindicații: hipersensibilitate la substanța activă sau excipienți, vârsta sub 18 ani, sarcină și alăptare. Reducerea dozei la cei cu insuficiență renală.

Efecte adverse

- digestive: greață (30% din cazuri, mai frecventă la debutul tratamentului, se atenuază pe parcurs, doar 3% dintre subiecți întrerup terapia datorită grețurilor), dureri abdominale, constipație, balonări.
- neuro-psihiice: insomnii, cefalee, vise anormale.

2.3.4 Terapii nerecomandate

Nu se recomandă în tratamentul farmacologic al dependenței nicotinică utilizarea de antidepresive altele decât bupropion SR și nortriptilină, de naltrexonă, antagoniști de opiacee, benzodiazepine, anxiolitice, mecamlamină, acetat de argint.

2.4. Terapii nonfarmacologice

Tratamentul dependenței tabagice include și o serie de metode de tipul: terapie cognitiv-comportamentale, psihoterapie, linii telefonice gratuite de suport, intervenții computerizate prin intermediul site-urilor internet, materiale scrise sau audio-vizuale informative auto-educative .

Recomandare: rata de succes a abstinentei tabagice crește prin abordarea complexă a dependenței nicotinică, prin asocierea medicației specifice cu consilierea cognitiv-comportamentală individuală, suportul telefonic, consilierea de grup, materiale educative auto-ajutătoare sau resurse de informare accesibile prin internet.

2.4.1. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC)

Vizează modificarea comportamentelor inadaptable ale indivizilor, decon condiționarea și trecerea la comportamente adaptate. Aplicarea acestei tehnici în cabinetele de consiliere antifumat ajută fumătorul să învețe să își observe comportamentul față de fumat și să se auto-evalueze, dat fiind că fumatul este un comportament dobândit și menținut ulterior printr-o dependență întreținută constant de către stimulii din mediul înconjurător.

TCC este o metodă eficace care contribuie la creșterea ratei de succes în renunțarea la fumat. Această metodă trebuie inclusă în programul tuturor tipurilor de intervenții medicale pentru oprirea fumatului.

Prin TCC, fumătorul beneficiază de :

1) *Însușirea unor tehnici practice de rezolvare a situațiilor incitante la fumat* prin care pacientul capătă abilități de a identifica și învăța să rezolve problemele ivite pe parcursul tentativei de sevraj și ulterior în etapa de menținere a abstenenței.

2) *Support psihologic și comportamental cu încurajarea fumătorului de a opri definitiv fumatul.*

Anticiparea situațiilor dificile și alegerea de comun acord a unor strategii viabile va oferi pacientului soluții pentru problemele legate de dificultatea de a rezista tentației de a fuma. Această componentă a tratamentului se bazează pe rolul activ, suportiv psihologic al terapeutului, încurajând constant sevrajul tabagic și felicitând permanent fumătorul pentru progresele obținute.

2.4.2. Suportul telefonic și materialele auto - ajutătoare informative

Revizuirea datelor publicate recent de ghiduri similare a relevat că apelarea la consiliere telefonică pro-activă se asociază cu o rată de abstenență de 13,1%, iar la materiale informative auto-ajutătoare cu o rată de 12,3 - 15,1% comparativ cu 10,8%, dacă nu se intervine asupra pacientului.

În România este disponibilă linia telefonică TEL VERDE 0800-878673, unde fumătorii primesc informații despre accesul la cabinetele teritoriale de renunțare la fumat și modalitatea de a fi

incluși în programul național *Stop Fumat*, program implementat în 2007 și în 2008.

2.4.3. Asocierea consilierii cognitiv-comportamentale la terapia farmacologică

Asocierea celor două metode crește eficacitatea terapiei dependenței nicotinică, comparativ cu aplicarea lor separată. Ori de câte ori este posibil, terapia medicamentoasă trebuie să asocieze consilierea cognitiv-comportamentală la pacienții care încearcă să renunțe la fumat.

2.5. Recomandări de scheme terapeutice individualizate

2.5.1. Asocieri de medicamente

Alegerea tipului și modului de combinare a medicamentelor ține de mai mulți factori: caracteristici personale, preferințele fumătorului, costuri, intensitatea sindromului de sevraj etc. S-a constatat că folosirea de asocieri de medicamente poate controla mai bine simptomele de sevraj decât mono-terapia. Combinațiile de medicamente dovedite eficiente în literatura de specialitate sunt plasturii cu nicotină asociați gumei și sprayului cu nicotină, pe o durată mai mare de 14 săptămâni, plasturii asociați cu inhalerul cu nicotină, bupropion SR asociat cu plasturi nicotinici.

a) *Plasturi cu nicotină și gumă de mestecat cu nicotină.* Plasturii de 15 mg se administrează zilnic, iar în asociere se poate folosi guma de mestecat cu nicotină, ca medicație de criză, atunci când apetitul de a fuma este imperios, pentru a evita consumul de tutun. Terapia de combinație cu gumă și plasturi nicotinici cu o durată de 3-6 luni ar trebui luată în considerare la pacienții cu sindrom de sevraj nicotinic sever și/sau prelungit, la care nu se indică alte soluții terapeutice.

b) *Plasturi cu nicotină și bupropion:* Folosirea combinației de bupropion SR asociat cu plasturi nicotinici în doze și durată standard este dovedită eficace în obținerea abstenenței pe termen lung.

Ajustarea dozelor, alcătuirea de combinații terapeutice și prelungirea duratei terapiei sau reluarea acesteia se însoțesc de diminuarea riscului de recidivă a fumatului.

2.5.2. *Tratamentul prelungit*

Terapia de substituție nicotinică cu gumă și plasturi se poate administra un timp mai îndelungat (peste 6 luni), cu rezultate bune mai ales la cei care raportează sindrom de sevraj prelungit. Utilizarea gumei cu nicotină asigură un control al greutateii corporale după întreruperea fumatului.

Tratamentul prelungit cu vareniclină este sigur și bine tolerat și asigură creșterea ratei de abținere la distanță, reducând considerabil rata recidivei fumatului.

2.6. Reducerea fumatului ca metodă de renunțare

Reducerea fumatului a fost definită ca o reducere a consumului zilnic de tutun la mai puțin de 50% din consumul inițial, dar fără abținere totală. Aceasta ar putea fi o alternativă de tratament pentru fumătorii care nu sunt pregătiți să renunțe complet sau care au un grad foarte mare de dependență. Reducerea fumatului crește probabilitatea unei renunțări viitoare.

3. RECOMANDĂRI DE TRATAMENT ÎN SITUAȚII SPECIALE ȘI LA GRUPE DE POPULAȚIE CU RISC

3.1. Recomandări de tratament la gravide. Fumatul în timpul sarcinii

Gravidele trebuie să primească pe lângă sfatul minimal și consiliere psiho-socială individuală pentru renunțarea la fumat.

Renunțarea precoce e cea mai avantajoasă pentru mamă și făt și aduce beneficii în orice moment al sarcinii. Ajutorul trebuie oferit la prima vizită pre-natală și pe parcursul sarcinii.

Intervențiile de consiliere antitabagică din timpul sarcinii sunt eficiente și ar trebui folosite în mod curent. Există dovezi ale eficienței intervenției la gravide prin sfat minimal, cursuri structurate de consiliere antitabagică și broșuri de auto-ajutor. Ședințele de

consiliere cu durată peste 10 minute și prin materiale tipărite au crescut renunțarea la fumat de la 8% (fără intervenție sau îngrijirea uzuală) la 15%.

Se recomandă renunțarea bruscă la fumat, cu participarea obstetricianului și a soțului.

Beneficiul substituenților de nicotină depășește riscurile fumatului pentru femeile însărcinate fumătoare, cu recomandarea de utilizare doar dacă gravidele nu pot renunța fără terapie.

3.2. Recomandări de tratament la tineri sub 18 ani

Medicii trebuie să întrebe adolescenții și copiii despre consumul de tutun și să transmită un mesaj clar despre importanța renunțării totale la țigări sau produse de tutun. Adolescenții fumători trebuie consiliați pentru a-i ajuta să renunțe la fumat.

Pentru a proteja copiii de fumatul pasiv, clinicienii trebuie să întrebe părinții dacă fumează și să le ofere sfaturi pentru a-i ajuta să renunțe. Consilierea în clinicile pediatrice este eficientă, cu creșterea numărului de părinți care au oprit fumatul.

Tratamentele folosite la copii și adolescenți

Consilierea include sfat minimal, materiale scrise și trimiterea la un specialist. Medicii trebuie să utilizeze strategii motivaționale adaptate pentru adolescenți. Este important pentru medic să respecte confidențialitatea și să discute în absența părinților.

Consilierea oferită părinților la vizita la medic

Consilierea oferită părinților în cursul spitalizării copiilor în clinicile de pediatrie crește interesul părinților de a renunța la fumat, crește numărul încercărilor de a renunța și numărul de părinți care renunță la fumat.

Medicația

Substituenții de nicotină, Vareniclina și Bupropionul SR, cu toate că prezintă un nivel de siguranță bun, nu sunt recomandate ca tratament la copii și adolescenți, existând puține dovezi care să arate eficiență pe termen lung.

3.3. Recomandări de tratament la grupuri specifice de populație și comorbidități

Mulți factori pot influența acceptabilitatea, uzul și eficiența tratamentelor împotriva dependenței de tutun. Intervențiile ar trebui adaptate după caracteristicile personale sau context: gen, rasă/etnie, vârstă, comorbidități, internări în spital.

Recomandările se aplică majorității fumătorilor: HIV pozitivi, spitalizați, minorități sexuale, nivel socio-economic scăzut/educație redusă, fumătorii cu comorbidități, vârstnici, tulburări psihiatrice, consumatori de droguri, minorități rasiale și etnice, femei fumătoare.

Infecțai HIV. Puținele date existente arată eficiența medicației pentru renunțarea la fumat.

Pacienți spitalizați

Intervențiile intensive la pacienții internați și urmăriți cel puțin 1 lună au fost asociate cu o rată de renunțare semnificativ mai crescută față de grupul de control. Urmărirea după externare este o componentă cheie a intervențiilor eficiente. Substituenții de nicotină și bupropionul sunt eficienți, fără efecte secundare semnificative. Alte tipuri de intervenții eficiente sunt: consilierea psiho-socială, autoeducația prin broșuri și materiale audio/video, medicația, diagrame care să amintească practicianului să sfătuiască pacientul pentru renunțarea la fumat, consiliere în spital și telefonică după externare. Înlocuitorii de nicotină nu sunt indicați la pacienții din terapie intensivă.

Co-morbidități

Fumătorii care prezintă comorbidități cum ar fi cancerul, bolile cardiace, BPOC, diabetul zaharat și astmul bronșic constituie ținte importante pentru intervenții specifice pentru renunțarea la fumat, dat fiind rolul pe care îl are fumatul în exacerbarea acestor afecțiuni.

Boala cardiovasculară: sunt utilizate consilierea psiho-socială, exercițiul fizic, vareniclina, bupropion SR, nicotina sub formă de patch-uri, gumă sau inhalator. Este bine de urmat

recomandarea producătorului de precauție în utilizarea înlocuitorilor de nicotină la pacienții cu afecțiuni cardiovasculare acute.

BPOC: se recurge la consiliere intensivă pentru renunțarea la tutun, psihoterapie comportamentală pentru prevenția recăderilor, combinată cu vareniclina, substituenți de nicotină, bupropion SR, nicotina patch sau inhalatorie.

Cancer: consiliere și medicație, consiliere motivațională.

Fumători vârstnici. Este eficientă strategia în 4 etape: „evaluare”, „sfățuire”, „asistență”, „supraveghere”, consilierea, sfatul minimal, materialele auto-didactice adaptate vârstei, consilierea prin telefon, medicație. Prin renunțarea la fumat se reduce riscul de mortalitate prin boală coronariană, BPOC și cancer pulmonar și scade riscul de osteoporoză.

Afecțiuni psihiatrice, consumatori de droguri

Tratarea pacienților psihiatrice pentru dependența la tutun este complexă în contextul multiplelor diagnostice și multitudinii de medicamente de uz psihiatric. Deși acești pacienți au un risc crescut de recădere, medicația pentru dependența tabagică este eficientă. Bupropion SR și nortriptilina sunt utile în schizofrenie, cu ameliorarea simptomelor bolii și ale depresiei asociate. Pacienții în tratament cu antipsihotice atipice ar putea răspunde mai bine la terapia cu bupropion SR decât cei cu antipsihotice standard. Consilierea și medicația sunt eficiente în asistarea fumătorilor care primesc tratament împotriva dependenței de droguri.

3.4. Recomandări de tratament pentru fumători cu nivel socio-economic scăzut/nivel de educație redus

Sunt indivizi cu o probabilitate mică să primească asistență pentru renunțarea la fumat și de cele mai multe ori, nu sunt asigurați sau au asigurări limitate de sănătate.

Totuși, aceste categorii și-au exprimat un interes semnificativ crescut pentru abandonarea fumatului, cu beneficii importante de pe urma tratamentului. Datorită prevalenței crescute a fumatului la această populație, este importantă implicarea clinicienilor, cu intervenții, în special materiale scrise, care să fie elaborate într-o manieră abordabilă de către pacient. La data

elaborării acestui ghid, se aplică în România programul național *Stop fumat*, care asigură consultația și tratamentul gratuit cu Vareniclină, Bupropion sau plasturi nicotinicici pentru pacienți fumători incluși în program.

3.5. Recomandări de abordare a creșterii în greutate după oprirea fumatului

Pentru fumătorii preocupați de creșterea în greutate după renunțarea la fumat, cea mai potrivită atitudine ar fi prescrierea sau recomandarea vareniclinei, a bupropionului sau terapii de substituție cu nicotină (în special guma cu nicotină), care s-au demonstrat că întârzie creșterea în greutate după oprirea fumatului.

Majoritatea fumătorilor care renunță la fumat câștigă variabil în greutate, în general mai puțin de 5 kilograme, dar 10 % cresc ponderal peste 15 kilograme. Cu toate acestea, excesul ponderal consecutiv opririi fumatului este o amenințare minoră asupra sănătății, comparativ cu riscurile continuării fumatului.

Tendința de a crește mai mult în greutate este mai mare la femei decât la bărbați și la cei din rasa neagră, indiferent de gen, cu vârsta sub 55 ani, mari fumători. Preocuparea pentru creșterea în greutate reprezintă un obstacol în abținerea tabagică, în special la femei. Substituția nicotinică și Bupropionul SR sunt eficiente în întârzierea procesului de creștere în greutate după renunțarea la fumat. În timpul încercării de renunțare la fumat, pacientul trebuie sprijinit pentru managementul kilogramelor în plus, după renunțarea cu succes la fumat. Acesta trebuie încurajat să adopte un stil de viață sănătos, prin practicarea mișcării fizice moderate, alimentația bogată în fructe și legume, somn suficient și limitarea consumului de alcool.

Intervențiile pentru creșterea efortului fizic măresc în mod real rata abținentei la fumat. Creșterea în greutate este redusă dacă abținerea la fumat este acompaniată de o creștere a activității fizice.

3.6. Recomandări de tratament pentru fumătorii moderați

Fumătorii moderați trebuie identificați, sfătuiți să renunțe rapid la fumat și să li se ofere acces la intervenții pentru abandonarea fumatului.

Un fumător moderat este o persoană care fumează mai puțin de 10 țigări/zi, sau care nu fumează zilnic. Mulți dintre fumătorii moderați prezintă dependență, deși fumează relativ puțin. Aceștia au șanse mai puține să primească tratament adecvat renunțării la fumat decât cei care sunt mari fumători.

Fumătorii moderați trebuie să beneficieze de tratament prin consiliere, pentru că aceasta s-a demonstrat a fi eficientă. Informarea sistematică pare a fi mai eficientă decât întâlnirile motivaționale la acești fumători.

3.7. Recomandări de tratament pentru prevenirea recidivelor

Intervențiile pentru prevenirea recidivelor nu au avut efect la gravide foste fumătoare, la femei postpartum, la pacienții care nu au fumat în spital, la militari.

Intervențiile comportamentale au fost ineficiente în prevenția recăderilor la cei care au renunțat cu ajutor de specialitate sau din proprie inițiativă. Efect modest în favoarea reducerii recăderilor a existat la cei care au folosit guma cu nicotină.

3.8. Recomandări de tratament pentru consumatorii de alte forme de tutun

Consumatorii de alte forme de tutun trebuie identificați, îndemnați insistent să renunțe și să li se asigure consiliere cu privire la întreruperea consumului.

Clinicienii care asigură servicii de sănătate dentară ar trebui să acorde sfat minimal tuturor consumatorilor de tutun nefumători.

Cei care folosesc trabuc, pipe și orice alte forme de tutun ar trebui identificați, sfătuiți să renunțe și să li se acorde aceleași sfaturi ca și fumătorilor de țigarete.

3.9. Recomandări referitoare la dependența de substituenți de nicotină

Dependența de substituenți de nicotină apare foarte rar. Numeroase studii au demonstrat eficiența utilizării îndelungate a acestor produse, mai ales la marii fumători. Folosirea prelungită a unui singur produs nu antrenează riscuri sau efecte adverse severe, cum se întâmplă la folosirea concomitentă a două astfel de produse sau în situația utilizării substituenților de nicotină în paralel cu continuarea fumatului.

Capitolul II. – RECOMANDĂRI CU PRIVIRE LA FORMAREA PERSONALULUI

Noțiunile despre renunțarea la fumat trebuie să reprezinte un capitol obligatoriu în curricula medicală.

Curricula universitară

Absolvenții facultăților de medicină trebuie să fie capabili de a recunoaște dependența nicotinică drept boală cronic recidivantă și de a acorda sfatul minimal antifumat, ca o intervenție corespunzătoare nivelului elementar (nivelul 1) de asistență de profil (medic de familie, medic rezident, medic practician de diverse specialități, medic dentist).

Concret, în baremul de licență al facultăților medicale *determinarea statusului fumatului* trebuie să ocupe un loc egal alături de determinarea altor semne ale statusului vital: tensiunea arterială, frecvența cardiacă, temperatura, etc. iar *acordarea sfatului minimal în vederea renunțării la fumat* trebuie însușită la fel ca orice alt gest medical elementar.

Curricula postuniversitară

Consilierea de specialitate în vederea renunțării la fumat (nivelul complex - nivelul 2) de asistență de profil trebuie asigurată de specialiști formați în acest domeniu, prin cursuri susținute cu experți recunoscuți, cursuri în urma cărora să dobândească cunoștințe teoretice și practice despre metodele de renunțare la fumat, modalitatea de abordare a pacientului cu dependență nicotinică și managementul cazurilor cu probleme.

Cursurile trebuie urmate de practicarea noii subspecializări iar specialiștii trebuie să beneficieze de instrumente de lucru precum ghiduri de practică de specialitate, să aibă acces la schimburi de experiență și surse de informare, eventual traininguri periodice pentru aducerea la zi a noutăților în domeniu.

Există dovezi despre eficacitatea superioară a renunțării la fumat la pacienții tratați de medici care au absolvit cursuri de formare în domeniul tratamentului dependenței nicotinică. Medicii trebuie pregătiți pentru a putea practica acest tip de intervenții medicale. Pregătirea crește motivația medicilor de a asista fumătorii și trebuie să fie gratuită, suportată din fonduri de stat sau prioritar bugetată.

Capitolul III. – RECOMANDĂRI DE ORDIN ADMINISTRATIV

Orice politică de renunțare la fumat reprezintă o combinație eficientă de educație și promovare a sănătății cu măsuri legislative și de mediu, iar terapia aduce o scădere a morbidității și mortalității legate de fumat. În lupta antitabac trebuie realizată o cooperare între personalul sanitar, managerii unităților sanitare, casele de asigurări de sănătate și angajatori.

Managerii de unități sanitare, în colaborare cu casele de asigurări de sănătate trebuie să asigure medicilor condițiile necesare realizării unei consilieri antitabac eficiente. Se impun următoarele recomandări:

- Implementarea unui sistem standardizat de identificare a statutului de fumător pentru toți pacienții adresați unităților sanitare.
- Desemnarea de personal sanitar care să prescrie tratament și să urmărească pacientul în sevrăj.
- Să anunțe că spitalul este susținătorul unei politici fără fumat atât în spital cât și la nivelul comunității.
- Să asigure gratuitatea tratamentului atât pe perioada spitalizării, cât și pacienților ambulatori prin compensarea acestuia de către societățile de asigurări.
- Să asigure plata serviciilor efectuate de personalul sanitar implicat.

Recomandări specifice:

- Foaia de observație specifică unității sanitare trebuie să conțină o rubrică în care să fie notat statutul de fumător al pacientului iar personalul trebuie informat de importanța

- completării acestei rubrici, alături de celelalte informații legate de istoricul pacientului.
- Asigurarea unor cursuri de training pentru personalul sanitar implicat în consilierea antifumat
 - Unitatea sanitară trebuie să dispună de tot arsenalul terapeutic util sevrajului, pentru a putea oferi pacienților cea mai eficientă terapie, adaptată specificului acestuia și care să îi asigure continuitate și după externare. Aprovizionarea trebuie să fie constantă pentru a evita apariția fenomenelor de sevraj.
 - Începerea consilierii antifumat la pacienții internați s-a dovedit a fi eficace. Sevrajul nicotinic în timpul spitalizării poate îmbunătăți recuperarea pacientului. Rezultatele sunt mult mai bune dacă, pe lângă informațiile oferite de personalul sanitar și terapie, sunt înmânate broșuri, proiectate filme video, iar după externare există un serviciu de consiliere și monitorizare telefonică a pacientului.
 - Oferirea terapiei antitabac (consiliere și tratament) ca serviciu compensat de casa de asigurări are efecte benefice determinând creșterea numărului de tentative de sevraj, utilizare a tratamentului și reușite ale acestuia.
 - Clinicienii îndeplinesc și rolul de model pentru pacienții lor.

Recomandare pentru interzicerea fumatului în toate unitățile medicale

Fumatul trebuie interzis în toate unitățile de îngrijire a sănătății și în spațiile învecinate. Pacienții și personalul angajat trebuie informați în mod clar, cu afișarea consecințelor nerespectării acestei politici. Excepțiile ar trebui să fie rare, referindu-se la spitalele de psihiatrie și în serviciile pentru pacienți în stadiu terminal. Implementarea acestei strategii cere timp. Personalul medical care dorește să renunțe la fumat trebuie ajutat. Cadrele

medicale nefumătoare sunt modele pozitive pentru pacienții spitalelor.

Recomandări pentru “Ziua Mondială / Națională fără Fumat”.

În fiecare an, OMS propune o anumită temă pentru data respectivă iar instrumentele de lucru recomandate sunt:

- Campanii naționale sau locale de informare a opiniei publice, de exemplu conferințe de presă, emisiuni TV privind prevalența fumatului și efectele sale asupra sănătății.
- Interviuri, mărturii ale fumătorilor care au renunțat și ce anume i-a ajutat să aibă succes.
- Prezentarea atitudinii personalului sanitar, campanii de renunțare la fumat în rândul acestora.
- Implicarea personalului sanitar – sevrajul nicotinic să devină o rutină în practica medicală.
- Implicarea oficialităților – înființarea de cabinete de renunțare la fumat, cu dotare corespunzătoare; lansarea de programe de renunțare la fumat, etc.

“Ziua Națională fără Fumat” este o campanie publică cu impact național și local, care urmărește să conștientizeze publicul larg prin mass-media, cu intenția de a-i ajuta pe cei care doresc să renunțe la fumat.

Recomandarea de a înființa servicii de renunțare la fumat în toate serviciile județene de pneumologie, deservite de personal propriu

Fumătorii trebuie să aibă acces la clinici specializate pentru renunțarea la fumat, organizate și susținute de autoritățile guvernamentale.

Centrele specializate ar trebui să fie deservite de personal specializat, angajați cu normă întreagă pentru asistarea celor care vor să renunțe la fumat.

Instituțiile specializate trebuie să ofere suport individual și în grup. Autoritățile sanitare trebuie să se implice în educarea personalului medical primar pentru oferirea sfatului minimal și să organizeze servicii de specialitate pentru tratament intensiv pentru fumătorii care nu reușesc să renunțe.

Tratamente compensate pentru renunțarea la fumat

Compensarea prin asigurări de sănătate a tratamentului dependenței tabagice (medicație și consiliere) crește procentul de fumători care folosesc medicația antitabac, care încearcă să renunțe și care reușesc să devină nefumători.

Sistemele medicale care oferă acoperire financiară completă pentru tratamentul dependenței tabagice asigură creșterea ratei și duratei abstinentei auto-raportate, la un preț relativ scăzut, comparativ cu beneficiile parțiale sau absente ale necompensării. Existența de medicație gratuită (compensată în avans) sau cu reduceri de preț, crește numărul de prescripții medicale și rata abstinentei. Îndepărtarea tuturor barierelor legate de prețul tratamentului duce la o rată maximă de folosire a medicației.

ANEXE

Anexa 1

CHESTIONARUL FAGERSTROM

Întrebare	Răspuns	Puncte
1. Când fumați prima țigară după trezire?	În primele 5 minute	3
	după 6-30 de minute	2
	după 31-60 de minute	1
	după 60 de minute	0
2. Este dificil să nu fumați în locuri interzise?	Da	1
	Nu	0
3. La ce țigară renunțați mai greu?	Prima	1
	La celelalte	0
4. Câte țigări fumați pe zi?	≤10	0
	11-20	1
	21-30	2
	≥31	3
5. Fumați mai des în prima oră de la trezire decât în restul zilei?	Da	1
	Nu	0

6. Fumați chiar dacă sunteți atât de bolnav încât trebuie să stați în pat în timpul zilei?	Da	1
	Nu	0

Interpretare:

7- 10 puncte = **dependență severă**

4-6 = **dependență moderată**

0-3 puncte = **dependență ușoară**

Anexa 2

FIȘA DE DETERMINARE A STATUSULUI FUMATULUI

DATE PERSONALE:

Nume și prenumeData nașterii.....
Stare civilăProfesie.....Loc de muncă.....
Adresa.....CNP.....
Telefon.....Medic de familie.....

ANTECEDENTE MEDICALE:

.....
.....

STATUS FUMATOR:

FUMAȚI?: DA/NU

DA (de cel puțin 6 luni) = FUMĂTOR

- Număr pachete ani (nr. de țigări/zi, nr. ani de fumat)-
- Consum actual (nr. țigări/zi)-
- Momentul primei țigări a zilei-
- Tentative de renunțare anterioară-

NU:

Niciodată (<100 țigări/100 g tutun în viață) = NEFUMĂTOR

A renunțat (de cel puțin 6 luni) = FOST FUMĂTOR (data renunțării,
nr. pachete ani)

SUNTEȚI EXPUS LA FUMAT PASIV?

- în familie ____
- la serviciu ____
- deloc ____

DORIȚI CONSILIERE PENTRU RENUNȚARE LA FUMAT?

- da ____
- nu ____

SCOR FAGERSTROM (v. ANEXA 1):

SEMNĂTURA PACIENTULUI

DATA

Anexa 3

FIȘA DE CONSULTAȚIE ÎNȚIALĂ PENTRU RENUNȚAREA LA FUMAT

DATE PERSONALE:

Nume și prenumeData nașterii.....

Stare civilăProfesie.....Loc de muncă.....

Adresa.....CNP.....

Telefon..... Medic de familie.....

ANTECEDENTE FIZIOLOGICE:

Data ultimei menstruații:

Metoda contraceptivă.....

Sarcina¹.....Test sarcină (opțional).....

Alăptare.....

ANTECEDENTE PATOLOGICE²:

BPOC

Astm

Tuberculoză activă

Tuberculoză în antecedente

HTA

Boală ischemică coronariană

Ischemie periferică

Aritmii

Accident vascular cerebral

Convulsii în copilărie

Alcoolism

Bulimie

Anorexie nervoasă

Depresii

Ulcer

Diabet zaharat

Hipercolesterolemie

Hepatită

Tumoră SNC

Traumatisme cranio-cerebrale

¹ Este recomandată obținerea unei scrisori medicale de la medicul de familie, care să ateste că nu este însărcinată.

² Este recomandată obținerea unei scrisori medicale de la medicul de familie în care să fie precizate antecedentele pacientului și eventualele tratamente cronice pe care acesta le urmează.

MEDICAȚIE CONCOMITENTĂ³:

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

CONSUM DE CAFEA

.....
.....

CONSUM DE ALCOOL

.....
.....

ALTE ADICȚII

.....
.....

EVALUAREA STATUSULUI DE FUMĂTOR:

Vârsta primei țigări.....
Vârsta de la care fumează zilnic.....
Consumul tabagic actual..... nr. țigări/zi..... marca.....
Nr. pachete an..... Scorul testului Fagerstrom.....
Expunerea la fumat pasiv.....

MOTIVAȚIA RENUNȚĂRII LA FUMAT:

Boli curente.....
Teama de îmbolnăvire.....
Presiune din partea anturajului/familiei.....
Financiare.....
Altele.....

³ De verificat tratamente cu: Cyclophosphamida, Orphenadrina, Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoin, Inhibitori MAO, Antiaritmice (Propafenona), Teofilina, Corticoizi sistemici, Antidepresive.

ANALIZA TENTATIVELOR ANTERIOARE DE RENUNȚARE:

De câte ori a renunțat.....Durata maximă a abstenenței.....
Metodele folosite pentru renunțare.....
Intensitatea sindromului de sevraj.....
Surplus ponderal după sevraj.....Alte manifestări.....
Motivele reluării fumatului.....

EVALUAREA ȘANSELOR DE SUCCES

.....
.....

EVALUAREA PSIHOLAGICĂ

.....
.....

DETERMINĂRI PARAMETRI DE URMĂRIRE:

TA.....Puls.....Greutate.....Înălțime.....
CO în aer expirat.....Spirometrie (opțional).....
Control cardiologic/EKG (opțional).....

RECOMANDĂRI TERAPEUTICE:

Terapie farmacologică.....
Terapie psihologică.....
Altele.....

PROGRAMARE VIZITA URMĂTOARE:

.....
.....

DATA

SEMNĂTURA

Anexa 4

FIȘA DE CONSULTAȚIE DE CONTROL

DATE PERSONALE:

Nume și prenumeData nașterii.....
Stare civilăProfesie.....Loc de muncă.....
Adresa.....CNP.....
Telefon.....Medic de familie.....

ANTECEDENTE FIZIOLOGICE:

Data ultimei menstruații:

MEDICAȚIE CONCOMITENTĂ¹:

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

CONSUM DE CAFEA

.....
.....

CONSUM DE ALCOOL

.....
.....

ALTE ADICȚII

.....
.....

¹ De verificat tratamente cu: Cyclophosphamida, Orphenadrina, Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoin, Inhibitori MAO, Antiaritmice (Propafenona), Teofilina, Corticoizi sistemici, Antidepresive.

STATUS FUMAT PREZENT:

A urmat tratamentul corect?.....Doza.....
Fumează la fel.....
A redus
A renunțat.....Data.....

EVALUAREA SIMPTOMELOR DE SEVRAJ/EFECTELOR ADVERSE:

Greață	Tulburări de comportament
Tulburări de somn	Erupții cutanate
Senzație de foame	Vertij
Nervozitate	Palpitații
Constipație	Tulburări de concentrare
Transpirații	Tulburări vizuale
Cefalee	Artralгии
Anxietate	Mialгии

Alte efecte adverse.....
.....
.....
.....

DETERMINĂRI PARAMETRI:

TA.....Puls.....Greutate.....
CO în aer expirat.....

RECOMANDĂRI TERAPEUTICE:

Terapie farmacologică.....
Terapie psihologică.....
Altele.....

PROGRAMARE VIZITA URMĂTOARE:

.....

DATA

SEMNĂTURA

Anexa 5
FIȘA DE CONSULTAȚIE FINALĂ

DATE PERSONALE:

Nume și prenume Data nașterii.....
Stare civilă Profesie..... Loc de muncă.....
Adresa..... CNP.....
Telefon..... Medic de familie.....

ANTECEDENTE FIZIOLOGICE:

Data ultimei menstruații:

MEDICAȚIE CONCOMITENTĂ¹:

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

CONSUM DE CAFEA

.....
.....

CONSUM DE ALCOOL

.....
.....

ALTE ADICȚII

.....
.....

¹ De verificat tratamente cu: Cyclosposphamida, Orphenadrina, Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoin, Inhibitori MAO, Antiaritmice (Propafenona), Teofilina, Corticoizi sistemici, Antidepresive.

EVALUAREA SIMPTOMELOR DE SEVRAJ/EFECTELOR ADVERSE:

Greață	Tulburări de comportament
Tulburări de somn	Erupții cutanate
Senzație de foame	Vertij
Nervozitate	Palpitații
Constipație	Tulburări de concentrare
Transpirații	Tulburări vizuale
Cefalee	Artralгии
Anxietate	Mialгии
Alte efecte adverse.....	
.....	
.....	
.....	

DETERMINĂRI PARAMETRI:

TA.....Puls.....Greutate.....
CO în aer expirat.....

ANALIZA ACTUALEI TENTATIVE DE RENUNȚARE:

A urmat tratamentul corect?.....Doza standard.....
Doza ajustată.....
A renunțat?.....
Data renunțării..... La câte zile de la începerea tratamentului.....
A continuat tratamentul după renunțare?.....Doza.....
Data încheierii tratamentului.....
Durata totală a tratamentului.....
Durata tratamentului în doza standard.....
A redus?..... La câte țigări/zi?.....
Alte rezultate.....
.....
.....
.....

Concluzii ale medicului curant.....
.....
.....
.....
.....

DATA

SEMNĂTURA

Declarație de interes

Membrii comitetului științific al Ghidului de renunțare la fumat și asistență de specialitate a fumătorului (GREFA), elaborat din inițiativa grupului de lucru al Secțiunii Tabacologie a Societății Române de Pneumologie declară că au avut colaborări în anii 2007-2008 cu următoarele companii farmaceutice: GlaxoSmithKline, Pfizer, Johnson&Johnson.

Elaborarea acestui ghid s-a făcut fără a exista vreo influență din partea vreunei companii farmaceutice asupra metodologiei de elaborare și a conținutului ghidului.

Ghid susținut de:

Societatea Română de Alergologie și Imunologie Clinică

Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov

Societatea Română de Medicină Internă

Societatea Română de Cardiologie

Colegiul Medicilor din România

Ghid publicat cu sprijinul companiilor farmaceutice
(în ordine alfabetică)



Johnson + Johnson d.o.o.



ISBN 973-702-602-0

