

Questo modello di cartella è stato proposto dal Dipartimento di Prevenzione della ASL Roma B per gli ambulatori ospedalieri e territoriali per la gestione dei pazienti che intendevano iniziare un cammino di disassuefazione.



**Dipartimento di Prevenzione**

***Ambulatorio di secondo livello per la disassuefazione al fumo***

## **CARTELLA CLINICA**

(modificata in parte da Sabato E., Nardini S., Logroscino C., Naimo A., Sarno N., Carrozzi L., Latini R., Bertoletti R.)

**Data:** ...../...../.....

**Cognome** ..... **Nome** .....

**Indirizzo** ..... **Città** ..... **C.A.P.** .....

**Tel.** ..... **Nato/a** ..... **il** .....

**Sesso:** ☐ M ☐ F

**Stato civile:** ☐ Celibe/Nubile ☐ Coniugato/a ☐ Vedovo/a ☐ Separato/a ☐ Divorziato/a

**Figli:** ☐ Sì ☐ No

**Provenienza:** ☐ Interna (specificare reparto di degenza: ..... N.C. ....)

☐ Esterna (specificare: .....)

## ANAMNESI

**Titolo di studio:** ☐ Nessuno ☐ Elementare ☐ Media Inferiore  
☐ Media Superiore ☐ Laurea

### Condizione Lavorativa:

- **attuale:** ☐ Pensionato ☐ Studente ☐ Operaio ☐ Impiegato  
☐ Dirigente ☐ Libero professionista ☐ Disoccupato  
☐ Altro (specificare) .....

- **pregressa:** ☐ Studente ☐ Operaio ☐ Impiegato  
☐ Dirigente ☐ Libero professionista ☐ Disoccupato  
☐ Altro (specificare) .....

## ANAMNESI TABAGICA E VALUTAZIONE SOGGETTIVA DEI COMPORTAMENTI ADDITIVI

### Da dove ha avuto informazioni sul Centro/Ambulatorio antifumo?

☐ Stampa ☐ Radio/TV ☐ Personale sanitario ☐ Amici  
☐ Materiale informativo ASL ☐ Medico di Medicina Generale  
☐ Medico specialista ☐ Personale ospedaliero

### Qual è il motivo che l'ha spinto a rivolgersi a questo centro/ambulatorio?

☐ Problemi di salute respiratori ☐ problemi di salute non respiratori  
(specificare) .....  
.....

☐ Timore di malattie future  
☐ Per essere d'esempio ☐ Motivi estetici ☐ Sentirsi capaci d'autocontrollo  
☐ Per spendere meglio il denaro

### Ha preso da solo questa decisione?

☐ Ho deciso da solo senza consultare nessuno  
☐ Ho deciso da solo incoraggiato dai consigli di altri  
☐ Non si tratta di una mia richiesta ma di una richiesta di altri

## Esposizione al fumo

### Da quanti anni fuma?

☐ Meno di 5 ☐ Meno di 10 ☐ Da 10 a 20 ☐ Da più di 20

A che età ha iniziato a fumare? .....

Che marca di sigarette fuma attualmente? .....

Quante sigarette fuma attualmente in un giorno? .....

### In passato ha già smesso di fumare? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quante volte? ..... Per quanto tempo? ..... In che modo? ☐ Da solo ☐ Altro  
(specificare come: .....  
.....)

**Perché ha ricominciato a fumare?**

- ☐ Perché è un piacere che mi mancava
- ☐ Mi sentivo forte e ho provato una sigaretta
- ☐ Sono stato trascinato dagli altri
- ☐ A causa di fastidi di salute
- ☐ A causa di preoccupazioni professionali
- ☐ A causa di preoccupazioni familiari

**Valutazione soggettiva dei comportamenti additivi****Quanto fuma?**

- ☐ Poco                      ☐ Abbastanza                      ☐ Molto                      ☐ Moltissimo
- ☐ Ho smesso da poco tempo (meno di tre mesi)

**Ha l'abitudine di bere vino, altri alcolici?**

- ☐ No, sono astemio o bevo solo raramente    ☐ Ora no, ma in passato bevevo
- ☐ In genere bevo solo ai pasti                      ☐ Bevo d'abitudine anche fuori pasto, ma con moderazione
- ☐ Ogni tanto bevo troppo e mi succede di ubriacarmi
- ☐ Mi capita spesso di bere eccessivamente e di ubriacarmi

**Fornisca qualche informazione sulle sue abitudini alimentari**

- ☐ Mangio spesso fuori pasto
- ☐ Mangio in fretta e finisco prima degli altri
- ☐ Nella giornata lavorativa riservo solo una breve interruzione per il pasto
- ☐ Mi sono più volte proposto di mangiare meno per ridurre il mio peso
- ☐ Mangio in continuazione quando sono stanco e nervoso
- ☐ Mangio pochissimo quando sono stanco o nervoso
- ☐ Abitualmente faccio colazione e i pasti principali
- ☐ Mangio troppo, ho sempre molto appetito
- ☐ Mangio poco, non ho mai appetito
- ☐ Ho tentato di rispettare una dieta senza riuscirci

**ALTRI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI****Pratica qualche terapia?**

- ☐ No, mai                      ☐ Sì, con regolarità                      ☐ Sì, occasionalmente

(se Sì, specificare cosa, a quale dosaggio, da quanto: .....  
.....)

- Pratica attività fisica?**                      ☐ Sì, con regolarità                      ☐ Sì, occasionalmente                      ☐ No, mai

**MODALITÀ D'INVIO****Da dove ha avuto informazioni sul Centro/Ambulatorio antifumo?**

- ☐ Stampa                      ☐ Radio/TV                      ☐ Personale sanitario                      ☐ Amici
- ☐ Materiale informativo ASL                      ☐ Medico di Medicina Generale
- ☐ Medico specialista                      ☐ Personale ospedaliero

## VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

Ha tosse? ☐ Sì ☐ No      Con catarro? ☐ Sì ☐ No  
Dispnea? ☐ Sì ☐ No  
a riposo? ☐ Sì ☐ No      dopo sforzo? ☐ Sì ☐ No  
La mattina espettorata? ☐ Sì ☐ No

### Esame Obiettivo

P.A. (Sist./Diast.) ...../..... mmHg      F.C. .... b/min

#### Torace

☐ Nella norma

☐ Rumori patologici ☐ secchi .....  
☐ umidi .....

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

#### Prove di funzionalità respiratoria

VC: ..... FVC: ..... FEV1: ..... FEV1/FVC: .....  
FEV 25-75: ..... RV: ..... TLC: .....  
PEF: ..... RV/TLC: ..... DLCO: .....  
DLCO/VA: ..... FEV1/VC: ..... FRC: .....

## VALUTAZIONE CO ESPIRATO

Data      CO (ppm)      CO Hb (%)

#### Emogasanalisi

In aria ambiente: pH ..... PaO2 ..... PaCO2 Sa O2 ..... COHB%  
In O2-terapia: pH ..... PaO2 ..... PaCO2 Sa O2 ..... COHB%  
A che flusso ..... Per quante ore al giorno .....

#### Rx Torace

☐ Nella norma

☐ Note d'enfisema ☐ Note di bronchite cronica

☐ immagine cardiaca aumentata/ingrandita

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

#### Conclusioni

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

## TRATTAMENTO TERAPEUTICO

| Con nicotina <sup>1</sup>                |  |  |                                                  |                                     |                               |                    |                                                        |                    |                                                                                        |  |  |  |
|------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Dipendenza<br>(Fagerström)               |  |  | Bassa (da 0 a 4)                                 |                                     | Media (da 5 a 6)              |                    |                                                        | Alta (> 7)         |                                                                                        |  |  |  |
| Peak-seekers o steady- state maintainers |  |  | <i>peak seekers</i>                              | <i>maintainers</i>                  | <i>peak seekers</i>           | <i>maintainers</i> | <i>peak seekers</i>                                    | <i>maintainers</i> |                                                                                        |  |  |  |
| < 10 sig./die                            |  |  | Inalatore o gomma (2mg) o compresse" al bisogno" | Cerotto a basso dosaggio (5-10 mg)  | Inalatore o gomma o compressa | Cerotto (10-15 mg) | Gomma da 2 mg o compressa da 2 mg (1 compressa / ora)  |                    | Cerotto eventualmente associato a gomme/ compresse/i nalatore                          |  |  |  |
| 10-20 sig./die                           |  |  | Inalatore o gomma                                | Cerotto (10-15 mg)                  | Inalatore o gomma o compressa | Cerotto (10-15 mg) | Gomma da 4 mg o compressa da 2 mg (1-2 compresse/ ora) |                    | Cerotto eventualme nte associato a gomme/com presse /inalatore                         |  |  |  |
| > 20 sig./die                            |  |  | Inalatore o gomma o compressa                    | Cerotto ad alto dosaggio(20 -30 mg) | Inalatore o gomma o compressa | Cerotto (10-15 mg) | Inalatore o gomma o compressa                          |                    | Cerotto ad alto dosaggio (oppure 2 cerotti a medio dos.) associato a gomma o compresse |  |  |  |

| Con bupropione |    |    |                 |  |                                              |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----------------|----|----|-----------------|--|----------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Avvio          |    |    |                 |  | Mantenimento (dalla 4 <sup>a</sup> giornata) |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                |    |    |                 |  | 1 cpr da 150 mg x 2 vv / die <sup>2</sup>    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 1°             | 2° | 3° | 1 cpr da 150 mg |  | 1°                                           | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° |
| Giorno         |    |    |                 |  | settimane                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |

<sup>1</sup> Una guida al dosaggio di NRT è data dal numero di sigarette fumate al giorno ( 1 sigaretta/=1mg di nicotina). Un'idea approssimativa del tipo di formulazione da consigliare è data dal tipo di fumo (regolare-irregolare, quest'ultimo in occasioni particolari come riunioni di lavoro, occasioni sociali, etc.) che contraddistingue il soggetto fumatore: infatti in letteratura coloro che assumono il fumo per il rinforzo positivo vengono definiti "*peak seekers*" ("cercatori del picco "), mentre quelli che fumano per evitare i sintomi da astinenza vengono definiti "*steady state mantainers*" ("cercatori del tasso costante").

<sup>2</sup> Le 2 compresse devono essere distanziate di almeno 8 ore e la dose di 300 mg die non deve esser superata

**Terapia prescritta<sup>3</sup>**

.....  
.....

**Data** \_\_\_\_\_

**Lo specialista**  
Dott. \_\_\_\_\_

**VERIFICA il giorno** \_\_\_\_\_

---

**<sup>3</sup> CAUTELE E CONTROINDICAZIONI AL TRATTAMENTO TERAPEUTICO**

**Cautele nell'uso di NTR in caso di**

- *angina pectoris* o altra patologia cardiaca o circolatoria grave
- ipertensione
- insufficienza epatica e renale
- ulcera gastrica e duodenale
- diabete
- feocromocitoma
- ipertiroidismo

**Controindicazioni nell'uso di Bupropione in caso di**

- precedente trauma cranico
- tumori del SNC
- assunzione concomitante di farmaci convulsivanti

**Cautele nell'uso di Bupropione in caso di**

- alcolismo
- tossicodipendenza, dipendenza da cocaina, anfetamine
- assunzione concomitante di farmaci anoressizzanti
- diabete in trattamento con ipoglicemizzanti orali o insulina



**AZIENDA USL RM B**  
Osp. S. Pertini  
Divisione di Pneumologia  
Responsabile: Dott.ssa M. Cristina Zappa  
Via Monti Tiburtini, 385 – 00157 Roma  
Tel. 06 – 4143 37-81/82

## Ambulatorio per la disassuefazione al fumo

### Scheda di verifica

**Cognome** .....

**Nome** ..... **Data:** ...../...../.....

### VERIFICA (a 15 gg)

☐ NON FUMA

☐ HA RIDOTTO

☐ HA RIPRESO

#### VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

Ha tosse? ☐ Sì ☐ No

Con catarro? ☐ Sì ☐ No

Dispnea? ☐ Sì ☐ No

a riposo? ☐ Sì ☐ No

dopo sforzo? ☐ Sì ☐ No

La mattina espettorata? ☐ Sì ☐ No

#### Esame Obiettivo

P.A. (Sist./Diast.) ...../..... mmHg F.C. .... b/min

#### Torace

☐ Nella norma

☐ Rumori patologici ☐ secchi .....

☐ umidi .....

#### Prove di funzionalità respiratoria

VC: ..... FVC: ..... FEV1: ..... FEV1/FVC: .....

FEV 25-75: ..... RV: ..... TLC: .....

PEF: ..... RV/TLC: ..... DLCO: .....

DLCO/VA: ..... FEV1/VC: ..... FRC: .....

## VALUTAZIONE CO ESPIRATO

Data \_\_\_\_\_ CO (ppm) \_\_\_\_\_ CO Hb (%) \_\_\_\_\_

### Emogasanalisi

In aria ambiente: pH ..... PaO<sub>2</sub> ..... PaCO<sub>2</sub> Sa O<sub>2</sub> ..... COHB%

In O<sub>2</sub>-terapia: pH ..... PaO<sub>2</sub> ..... PaCO<sub>2</sub> Sa O<sub>2</sub> ..... COHB%

A che flusso ..... Per quante ore al giorno .....

### Rx Torace

☐ Nella norma

☐ Note di enfisema ☐ Note di bronchite cronica

☐ immagine cardiaca aumentata/ingrandita

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

### Conclusioni

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

### Terapia prescritta<sup>4</sup>

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

Data \_\_\_\_\_

Lo specialista  
Dott. \_\_\_\_\_

VERIFICA

il giorno \_\_\_\_\_

#### <sup>4</sup> Cautele nell'uso di NTR in caso di

- *angina pectoris* o altra patologia cardiaca o circolatoria grave
- ipertensione
- insufficienza epatica e renale
- ulcera gastrica e duodenale
- diabete
- feocromocitoma
- ipertiroidismo

#### Controindicazioni nell'uso di Bupropione in caso di

- precedente trauma cranico
- tumori del SNC
- assunzione concomitante di farmaci convulsivanti

#### Cautele nell'uso di Bupropione in caso di

- alcolismo
- tossicodipendenza, dipendenza da cocaina, anfetamine
- assunzione concomitante di farmaci anoressizzanti
- diabete in trattamento con ipoglicemizzanti orali o insulina



**AZIENDA USL RM B**  
Osp. S. Pertini  
Divisione di Pneumologia  
Responsabile: Dott.ssa M. Cristina Zappa  
Via Monti Tiburtini, 385 – 00157 Roma  
Tel. 06 – 4143 37-81/82

## Ambulatorio per la disassuefazione al fumo

### Scheda di verifica

Cognome .....

Nome ..... Data: ...../...../.....

### VERIFICA (a 1 mese)

☐ NON FUMA

☐ HA RIDOTTO

☐ HA RIPRESO

#### VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

Ha tosse? ☐ Sì ☐ No

Con catarro? ☐ Sì ☐ No

Dispnea? ☐ Sì ☐ No

a riposo? ☐ Sì ☐ No

dopo sforzo? ☐ Sì ☐ No

La mattina espettorata? ☐ Sì ☐ No

#### Esame Obiettivo

P.A. (Sist./Diast.) ...../..... mmHg F.C. .... b/min

#### Torace

☐ Nella norma

☐ Rumori patologici ☐ secchi .....  
☐ umidi .....

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

#### Prove di funzionalità respiratoria

VC: ..... FVC: ..... FEV1: ..... FEV1/FVC: .....

FEV 25-75: ..... RV: ..... TLC: .....

PEF: ..... RV/TLC: ..... DLCO: .....

DLCO/VA: ..... FEV1/VC: ..... FRC: .....

## VALUTAZIONE CO ESPIRATO

Data \_\_\_\_\_ CO (ppm) \_\_\_\_\_ CO Hb (%) \_\_\_\_\_

### Emogasanalisi

In aria ambiente: pH ..... PaO<sub>2</sub> ..... PaCO<sub>2</sub> Sa O<sub>2</sub> ..... COHB%

In O<sub>2</sub>-terapia: pH ..... PaO<sub>2</sub> ..... PaCO<sub>2</sub> Sa O<sub>2</sub> ..... COHB%

A che flusso ..... Per quante ore al giorno .....

### Rx Torace

- ☐ Nella norma  
☐ Note di enfisema    ☐ Note di bronchite cronica  
☐ immagine cardiaca aumentata/ingrandita

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

### Conclusioni

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

### Terapia prescritta<sup>5</sup>

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

Data \_\_\_\_\_

Lo specialista  
Dott. \_\_\_\_\_

VERIFICA

il giorno \_\_\_\_\_

#### <sup>5</sup> Cautele nell'uso di NTR in caso di

- *angina pectoris* o altra patologia cardiaca o circolatoria grave
- ipertensione
- insufficienza epatica e renale
- ulcera gastrica e duodenale
- diabete
- feocromocitoma
- ipertiroidismo

#### Controindicazioni nell'uso di Bupropione in caso di

- precedente trauma cranico
- tumori del SNC
- assunzione concomitante di farmaci convulsivanti

#### Cautele nell'uso di Bupropione in caso di

- alcolismo
- tossicodipendenza, dipendenza da cocaina, anfetamine
- assunzione concomitante di farmaci anoressizzanti
- diabete in trattamento con ipoglicemizzanti orali o insulina



**AZIENDA USL RM B**  
Osp. S. Pertini  
Divisione di Pneumologia  
Responsabile: Dott.ssa M. Cristina Zappa  
Via Monti Tiburtini, 385 – 00157 Roma  
Tel. 06 – 4143 37-81/82

## Ambulatorio per la disassuefazione al fumo

### Scheda di verifica

Cognome .....

Nome ..... Data: ...../...../.....

### VERIFICA (a 2 mesi)

☐ NON FUMA

☐ HA RIDOTTO

☐ HA RIPRESO

#### VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

Ha tosse? ☐ Sì ☐ No

Con catarro? ☐ Sì ☐ No

Dispnea? ☐ Sì ☐ No

a riposo? ☐ Sì ☐ No

dopo sforzo? ☐ Sì ☐ No

La mattina espettora? ☐ Sì ☐ No

#### Esame Obiettivo

P.A. (Sist./Diast.) ...../..... mmHg F.C. .... b/min

#### Torace

☐ Nella norma

☐ Rumori patologici ☐ secchi .....  
☐ umidi .....

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

#### Prove di funzionalità respiratoria

VC: ..... FVC: ..... FEV1: ..... FEV1/FVC: .....

FEV 25-75: ..... RV: ..... TLC: .....

PEF: ..... RV/TLC: ..... DLCO: .....

DLCO/VA: ..... FEV1/VC: ..... FRC: .....

## VALUTAZIONE CO ESPIRATO

Data \_\_\_\_\_ CO (ppm) \_\_\_\_\_ CO Hb (%) \_\_\_\_\_

### Emogasanalisi

In aria ambiente: pH ..... PaO<sub>2</sub> ..... PaCO<sub>2</sub> Sa O<sub>2</sub> ..... COHB%

In O<sub>2</sub>-terapia: pH ..... PaO<sub>2</sub> ..... PaCO<sub>2</sub> Sa O<sub>2</sub> ..... COHB%

A che flusso ..... Per quante ore al giorno .....

### Rx Torace

☐ Nella norma

☐ Note di enfisema ☐ Note di bronchite cronica

☐ immagine cardiaca aumentata/ingrandita

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

### Conclusioni

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

### Terapia prescritta<sup>6</sup>

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

Data \_\_\_\_\_

Lo specialista  
Dott. \_\_\_\_\_

VERIFICA

il giorno \_\_\_\_\_

### <sup>6</sup> Cautele nell'uso di NTR in caso di

- *angina pectoris* o altra patologia cardiaca o circolatoria grave
- ipertensione
- insufficienza epatica e renale
- ulcera gastrica e duodenale
- diabete
- feocromocitoma
- ipertiroidismo

### Controindicazioni nell'uso di Bupropione in caso di

- precedente trauma cranico
- tumori del SNC
- assunzione concomitante di farmaci convulsivanti

### Cautele nell'uso di Bupropione in caso di

- alcolismo
- tossicodipendenza, dipendenza da cocaina, anfetamine
- assunzione concomitante di farmaci anoressizzanti
- diabete in trattamento con ipoglicemizzanti orali o insulina



**AZIENDA USL RM B**  
Osp. S. Pertini  
Divisione di Pneumologia  
Responsabile: Dott.ssa M. Cristina Zappa  
Via Monti Tiburtini, 385 – 00157 Roma  
Tel. 06 – 4143 37-81/82

## Ambulatorio per la disassuefazione al fumo

### Scheda di verifica

Cognome .....

Nome ..... Data: ...../...../.....

### VERIFICA (a 6 mesi)

☐ NON FUMA

☐ HA RIDOTTO

☐ HA RIPRESO

#### VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

Ha tosse? ☐ Sì ☐ No

Con catarro? ☐ Sì ☐ No

Dispnea? ☐ Sì ☐ No

a riposo? ☐ Sì ☐ No

dopo sforzo? ☐ Sì ☐ No

La mattina espettorata? ☐ Sì ☐ No

#### Esame Obiettivo

P.A. (Sist./Diast.) ...../..... mmHg F.C. .... b/min

#### Torace

☐ Nella norma

☐ Rumori patologici ☐ secchi .....  
☐ umidi .....

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

#### Prove di funzionalità respiratoria

VC: ..... FVC: ..... FEV1: ..... FEV1/FVC: .....

FEV 25-75: ..... RV: ..... TLC: .....

PEF: ..... RV/TLC: ..... DLCO: .....

DLCO/VA: ..... FEV1/VC: ..... FRC: .....

## VALUTAZIONE CO ESPIRATO

Data \_\_\_\_\_ CO (ppm) \_\_\_\_\_ CO Hb (%) \_\_\_\_\_

### Emogasanalisi

In aria ambiente: pH ..... PaO<sub>2</sub> ..... PaCO<sub>2</sub> Sa O<sub>2</sub> ..... COHB%

In O<sub>2</sub>-terapia: pH ..... PaO<sub>2</sub> ..... PaCO<sub>2</sub> Sa O<sub>2</sub> ..... COHB%

A che flusso ..... Per quante ore al giorno .....

### Rx Torace

☐ Nella norma

☐ Note d'enfisema ☐ Note di bronchite cronica

☐ immagine cardiaca aumentata/ingrandita

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

### Conclusioni

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

### Terapia prescritta<sup>7</sup>

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

Data \_\_\_\_\_

Lo specialista  
Dott. \_\_\_\_\_

VERIFICA

il giorno \_\_\_\_\_

### <sup>7</sup> Cautele nell'uso di NTR in caso di

- *angina pectoris* o altra patologia cardiaca o circolatoria grave
- ipertensione
- insufficienza epatica e renale
- ulcera gastrica e duodenale
- diabete
- feocromocitoma
- ipertiroidismo

### Controindicazioni nell'uso di Bupropione in caso di

- precedente trauma cranico
- tumori del SNC
- assunzione concomitante di farmaci convulsivanti

### Cautele nell'uso di Bupropione in caso di

- alcolismo
- tossicodipendenza, dipendenza da cocaina, anfetamine
- assunzione concomitante di farmaci anoressizzanti
- diabete in trattamento con ipoglicemizzanti orali o insulina

## Test di Fagerström

| Domande                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Risposte                 | Punti                    |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|-------|---------------------|---------------------|-------|---------------------|---------------------|-------|---------------------|---------------------|--------|--------------------------|
| <b>1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| Entro 5 minuti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | 3                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| Entro 6-30 minuti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | 2                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| Entro 31-60 minuti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 1                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| Dopo 60 minuti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | 0                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| <b>2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc.)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| Si                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 1                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 0                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| <b>3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| La prima del mattino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | 1                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| Tutte le altre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | 0                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| <b>4. Quante sigarette fuma al giorno?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| 10 o meno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | 0                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| 11-20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | 1                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| 21-30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | 2                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| 31 o più                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | 3                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| <b>5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| Si                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 1                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 0                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| <b>6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| Si                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 1                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 0                        |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| <b>Totale Punteggio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">punteggio totale da</td> <td style="width: 33%;">0 a 2</td> <td style="width: 33%;">= lieve dipendenza;</td> </tr> <tr> <td>punteggio totale da</td> <td>3 o 4</td> <td>= media dipendenza;</td> </tr> <tr> <td>punteggio totale da</td> <td>5 o 6</td> <td>= forte dipendenza;</td> </tr> <tr> <td>punteggio totale da</td> <td>7 a 10</td> <td>= dipendenza molto forte</td> </tr> </table> |                          |                          | punteggio totale da | 0 a 2 | = lieve dipendenza; | punteggio totale da | 3 o 4 | = media dipendenza; | punteggio totale da | 5 o 6 | = forte dipendenza; | punteggio totale da | 7 a 10 | = dipendenza molto forte |
| punteggio totale da                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 a 2                    | = lieve dipendenza;      |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| punteggio totale da                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3 o 4                    | = media dipendenza;      |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| punteggio totale da                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5 o 6                    | = forte dipendenza;      |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |
| punteggio totale da                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 7 a 10                   | = dipendenza molto forte |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |       |                     |                     |        |                          |