



DATA	UNIDADE DE SAÚDE
------	------------------

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME				
SEXO ☐ F ☐ M	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	TELEFONE	CARTÃO DO SUS
ENDEREÇO			Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO		MUNICÍPIO	UF	CEP

2. HISTÓRIA CLÍNICA

2.1 DIABETES MELLITUS ☐ SIM ☐ NÃO	2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL ☐ SIM ☐ NÃO
2.3 DOENÇA CARDÍACA ☐ SIM ☐ NÃO	2.4 DOENÇA PULMONAR ☐ SIM ☐ NÃO
2.5 TEVE INFARTO RECENTE (ÚLTIMO MÊS)? ☐ SIM ☐ NÃO	2.6 TEVE AVC RECENTE (ÚLTIMO MÊS)? ☐ SIM ☐ NÃO
2.7 INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMO 12 MESES ☐ SIM ☐ NÃO	2.8 TRATAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO ☐ SIM ☐ NÃO
2.9 MEDICAÇÕES EM USO	

NO CASO DE MULHERES

2.8 ESTÁ GRÁVIDA ☐ SIM ☐ NÃO	2.9 ESTÁ AMAMENTANDO ☐ SIM ☐ NÃO
---	---

3. HISTÓRIA TABÁGICA

3.1 FUMA HÁ QUANTO TEMPO?

TESTE FAGERSTRÖM

3.2 QUANTO TEMPO DEPOIS DE ACORDAR VOCÊ FUMA O PRIMEIRO CIGARRO? ☐ 3 DENTRO DE 5 MINUTOS ☐ 2 ENTRE 6 E 30 MINUTOS ☐ 1 ENTRE 31 E 60 MINUTOS ☐ 0 APÓS 60 MINUTOS			
3.3 VOCÊ TEM DIFICULDADE DE FICAR SEM FUMAR EM LOCAIS PROIBIDOS? ☐ 1 SIM ☐ 0 NÃO		3.4 VOCÊ FUMA MESMO ACAMADO POR DOENÇA? ☐ 1 SIM ☐ 0 NÃO	
3.5 O CIGARRO DA MANHÃ É O QUE TRAZ MAIS SATISFAÇÃO? ☐ 1 SIM ☐ 0 NÃO		3.6 VOCÊ FUMA MAIS DE MANHÃ DO QUE NO RESTO DO DIA? ☐ 1 SIM ☐ 0 NÃO	
3.7 QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA? ☐ 0 MENOS DE 11 ☐ 1 DE 11 A 20 ☐ 2 DE 21 A 30 ☐ 3 MAIS DE 30			
GRAU DE DEPENDÊNCIA 0 - 2 = MUITO BAIXO 3 - 4 = BAIXO 5 = MÉDIO 6 - 7 = ELEVADO 8 - 10 = MUITO ELEVADO			
3.8 QUANTAS VEZES VOCÊ TENTOU FICAR SEM FUMAR E FICOU POR PELO MENOS 1 DIA? ☐ NUNCA TENTOU ☐ 1 VEZ ☐ 2 VEZES ☐ 3 VEZES ☐ MAIS DE 3 VEZES			
3.9 O QUE ACONTECEU?			

4. AVALIAÇÃO DO GRAU DE MOTIVAÇÃO

4.1 VOCÊ ESTÁ PENSANDO EM PARA DE FUMAR? ☐ SIM ☐ NÃO	
4.2 O QUE VOCÊ ACHA DE MARCAR UMA DATA PARA DEIXAR DE FUMAR? QUANDO SERIA? ☐ NÃO PRETENDE PARAR DE FUMAR. PODE NEGAR MALEFÍCIOS DO TABACO PARA A SAÚDE ☐ PENSANDO EM PARAR DE FUMAR NOS PRÓXIMOS SEIS MESES, MAS AO MESMO TEMPO TEM DÚVIDAS SOBRE ISSO ☐ MOTIVADO A PARAR NAS PRÓXIMAS QUATRO SEMANAS E, ÀS VEZES, JÁ COMEÇA A TER ALGUMAS ATITUDES, COMO DIMINUIR O NÚMERO DE CIGARROS, ETC	