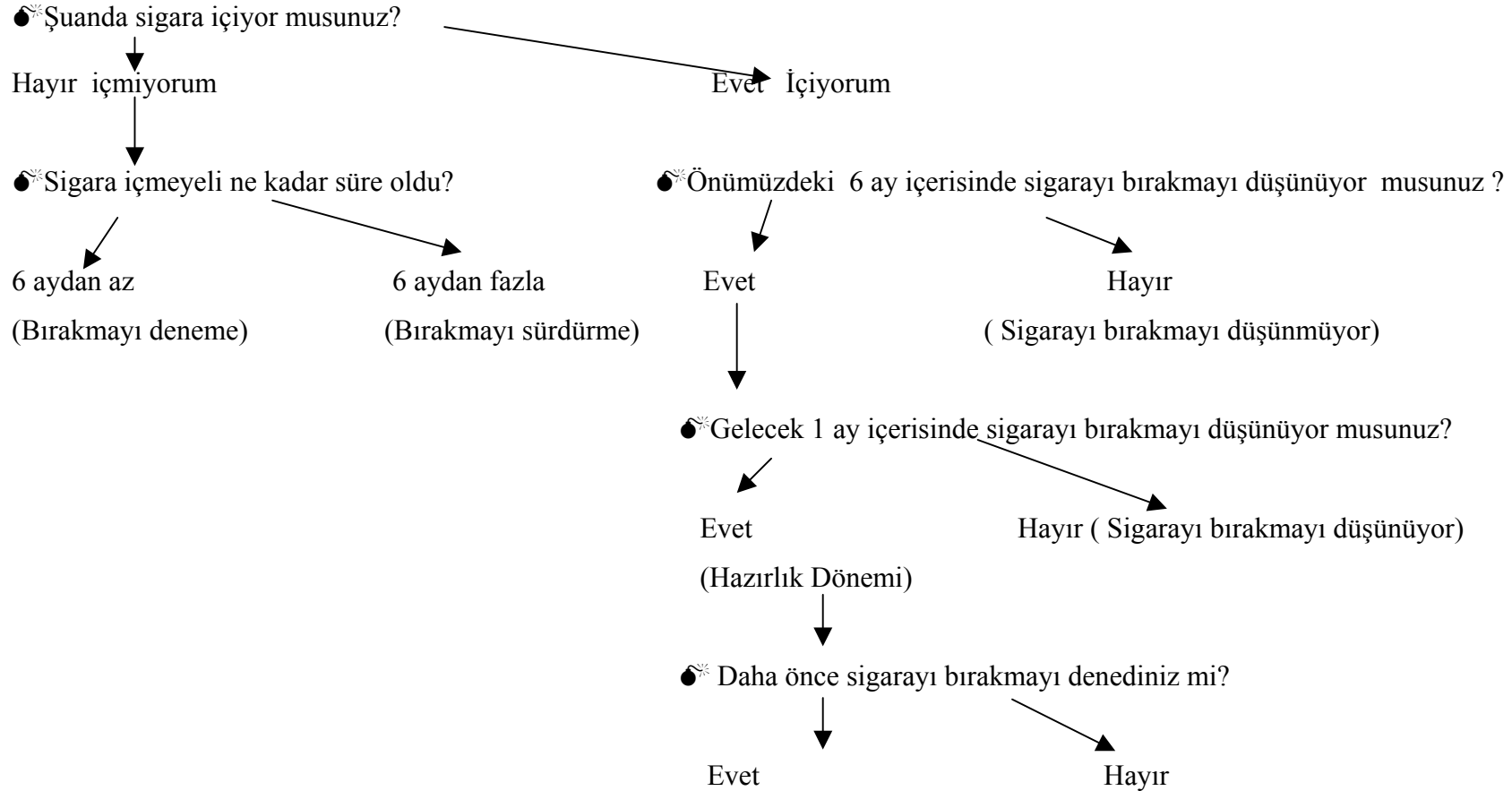


..... SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ
DURUM TESPİT FORMU

EK- 1



**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ
DEĞERLENDİRME FORMU**

Tarih:		Protokol No:	
Adı Soyadı:			
Doğum Yeri ve Yılı:			
Cinsiyeti:			
Medeni Durumu:			
Eğitim Durumu:	1. Okur- yazar değil 2. Okur- yazar 3. İlkokul	4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite	
Meslek:			
Yaptığı İş:			
Adres: e-mail:			Telefon Numarası:

Başvuru: 1. Doktor önerisi

2. Kendi isteği ile

3. Diğer

SİGARA ANAMNEZİ

Sigarayı ilk kez kaç yaşında içtiniz:

Sigaraya başlama nedeni:

1. Merak <input type="checkbox"/>	1. Özenti <input type="checkbox"/>
2.Çevrenin psikolojik baskısı <input type="checkbox"/>	2. Yasağa tepki <input type="checkbox"/>
3.Kendini ispatlama <input type="checkbox"/>	3. Stres, üzüntü <input type="checkbox"/>
Diğer	

Sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişiklikler

Değişmedi <input type="checkbox"/>	Azaldı <input type="checkbox"/>
Arttı <input type="checkbox"/>	Aynıydı yıldır arttı. <input type="checkbox"/>

Şuanda günde içtiği sigara miktarı:

Sigara tüketimi (Paket yılı):

Sigara tipi :

Filtreli <input type="checkbox"/>	Filtresiz <input type="checkbox"/>
Diğer (puro, pipo) <input type="checkbox"/>	

Sigarayı bırakmayı isteme nedenleriniz:

1. Şu andaki hastalık <input type="checkbox"/>	6. Toplum baskısı <input type="checkbox"/>
2. İleride hastalanma korkusu <input type="checkbox"/>	7. Utandığım için <input type="checkbox"/>
3. Çevreme zarar veriyor <input type="checkbox"/>	8. Kokusundan öğrendiğim için <input type="checkbox"/>
4. Ekonomik nedenler <input type="checkbox"/>	9. Doktor önerisi <input type="checkbox"/>
5. İnançlarından dolayı <input type="checkbox"/>	10. Çevreye iyi örnek olmak için <input type="checkbox"/>
11.İşyeri baskısı <input type="checkbox"/>	12.Diğer.....

Daha önce sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?

Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------

Daha önce bırakmayı denediniz mi?

Evet <input type="checkbox"/>	Kaç kez:	En uzun bırakabildiğiniz süre:
Hayır <input type="checkbox"/>		

Daha önce bırakmayı denediğinde karşılaştığı güçlükler nelerdir?

1. Sinirlilik <input type="checkbox"/>	7. Kabızlık <input type="checkbox"/>
2. Konsantrasyon bozukluğu <input type="checkbox"/>	8. Baş ağrısı <input type="checkbox"/>
3. Baş ve yüzde uyuşma <input type="checkbox"/>	9. Zorluk yok <input type="checkbox"/>
4. Uyku bozukluğu <input type="checkbox"/>	10. İştah artışı <input type="checkbox"/>
5. Dengesizlik <input type="checkbox"/>	11. Ağız yaraları <input type="checkbox"/>
6. Aşırı sigara içme isteği <input type="checkbox"/>	12. Aşırı sigara içme isteği
13.Diğer <input type="checkbox"/>	

Profesyonel destek aldınız mı?

Hayır

Evet

Cevabınız evetse yöntem nedir?

1.Farmakolojik(isim belirtiniz) <input type="checkbox"/>	4. Psikiyatrik <input type="checkbox"/>
2. Akupunktur <input type="checkbox"/>	5.Diğer
3. Hipnoz <input type="checkbox"/>	

YAKIN ÇEVRE ANAMNEZİ:

Evde kendisinden başka sigara içen var mı?

İş yerinde birlikte çalıştığı kişiler sigara içiyor mu:

Evinde sigara içmeyen fakat kendisinin içtiği sigara dumanına maruz kalan kaç kişi var?

İş yerinde günde yaklaşık kaç sigara içiyor:

Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirir, hobileri nelerdir?

Devamlı kullandığınız bağımlılık yapıcı madde var mı?

Alkol Miktarı.....

Diğer

Sigara içme isteğini artıran nedenler?

1. Çay

2. Yemekten sonra

3. Stres

4. Kahve

5. Alkol

6. Diğer

**SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ
NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ TESPİT FORMU**

1. Günde kaç sigara içiyorsunuz?

- 10 taneden az 0 puan
 11-20 1 puan
 21-30 2 puan
 31 ve daha fazla 3 puan

2. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

- İlk 5 dakika içerisinde 3 puan
 6-30 dakika içerisinde 2 puan
 31 – 60 dakika içinde 1 puan
 1 saatten sonra 0 puan

3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- Evet 1 puan
 Hayır 0 puan

4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

- Sabah içilen ilk sigara 1 puan
 Diğerleri 0 puan

5. Sigarayı günün ilk saatlerinde , daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

- Evet 1 puan
 Hayır 0 puan

6. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız , yine de sigara içer misiniz?

- Evet 1 puan
 Hayır 0 puan

Sonuç:puan

Değerlendirme

- 0-2 çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
 3-4 düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
 5 orta düzeyde nikotin bağımlılığı
 6-7 yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı
 8-10 Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı

İstiyorsanız sadece ilk 2 soruyu sorabilirsiniz

SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ
MUAYENE FORMU

Adı Soyadı

Boy:

Yaşı:

Kilo:

SİSTEM SORGULAMASI:

Baş ve Boyun

Baş ağrısı- dönmesi:	Paslı dil:
Gözlerde kızarıklık - kanlanma:	Kötü tat:
Dişlerde sararma:	Burun tıkanıklığı:

Solunum sistemi yakınmaları

Öksürük:	Kan tükürme:
Balgam:	Göğüs ağrısı:
Nefes darlığı:	

Kardiyovasküler sistem yakınmaları

Angina:	Ortopne:
PND:	Çarpıntı:

Gastrointestinal sistem yakınmaları

Bulantı- kusma:	Kabızlık:
İshal:	Midede ekşime yanma:

Ürogenital sistem yakınmaları

Nöktüri	Libido kaybı:
Dizüri::	

Nörolojik sistem yakınmaları

Konvüzyon:	Serebrovasküler Cerrahi:
Epilepsi	Kafa travması:

Psikiyatrik problemler:

Daha önce psikiyatrik tedavi (ilaç, grup terapi... vb) gördü mü?

Son 2 haftadır kendini nasıl hissediyor? (Ek – 2’deki test uygulanacak)

Değerlendirme Ölçeği: 1,3,5,7,9,11,13 Nolu Sorular Anksiyeteyi Ölçer Skor 10 Ve Üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir. 2,4,6,8,10,12,14 Nolu Sorular Depresyonu Ölçer Skor 7 Ve Üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir.

Anksiyete skoru:

Depresyon skoru:

ÖZGEÇMİŞİ:

Geçirdiği Hastalıklar

İlaç Hikayesi: (Aurorix, Lobem, Moverdin, Seldepar = MAO İn.)

Kaza-Operasyon Hikayesi

SOY GEÇMİŞİ:

Diabet:

İnfarktüs:

Angina:

Hipertansiyon:

Hiperlipidemi:

Akciğer kanseri:

Diğer kanserler:

Kronik bronşit:

Peptik ulcus:

Damar tıkanıklığı(Periferik, serebrovasküler):

FİZİK MUAYENE:

(Ruhsal durum, Dişler, dil, bilateral nabızlar, periferik dolaşım, solunum sistemi etkileri)

Tansiyon Arteryel:

Nabız:

Solunum Sayısı:

Cilt- mukoza

Baş- boyun

Solunum sistemi

Kardiyovasküler Sistem

Gastrointestinal Sistem

Genitoüriner Sistem

Diğer

LABORATUVAR SONUÇLAR

1. Hemogram : Lökosit:
Hgb:
Hct:
Trombosit:
2. Biyokimya : Kolesterol: Trigliserid:
HDL: ALT:
LDL: AST:
3. Ac grafisi
4. EKG :
- 5.CO :
Karboksi Hb
- 6.SFT :

	Başlangıç	3.ay	6.ay	1.Yıl
FVC				
FEV1				
FEV1/ FVC				
FEF25-75				

İZLEM

Adı- soyadı

Kontrol şekli:

Yüz yüze:

Telefon:

Protokol no

Eğitim aldı mı?

Dia: Broşür Seminer Diğer

Kaçınıcı kontrol

Kilo:

Bırakma tarihi

Bu sürede sigara içti mi

Kaç tane

Nedeni

Sigara bırakma yöntemi

Ek tedavi alıyor musunuz?

Ek şikayetiniz var mı?

Bırakma döneminde gözlenen sorunlar:

1. Sinirlilik	8. Depresif durum
2. Huzursuzluk	9. İştah artışı- kilo alma
3. Konsantrasyon zorluğu	10. Titreme
4. Uykusuzluk	11. Çarpıntı
5. Endişe	12. Kabızlık
6. Yorgunluk	13. Uykuya eğilim
7. Anormal rüya görme	14. Diğer

Kontrol CO

COHb

Fizik Muayene:

EK- 2:

Son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman 3
- Birçok zaman 2
- Zaman zaman ,bazen 1
- Hiçbir zaman 0

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar 0
- Pek eskisi kadar değil 1
- Yalnızca biraz eskisi kadar 2
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil 3

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli 3
- Evet,ama çok da şiddetli değil 2
- Biraz,ama beni endişelendiriyor 1
- Hayır hiç öyle değil 0

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar 0
- Şimdi pek o kadar değil 1
- Şimdi kesinlikle o kadar değil 2
- Artık hiç değil 3

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman 3
- Birçok zaman 2
- Zaman zaman , ama çok sık değil 1
- Yalnızca bazen 0

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Çoğu zaman 0
- Bazen 1
- Sık değil 2
- Hiçbir zaman 3

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle 0
- Genellikle 1
- Sık değil 2
- Hiçbir zaman 3

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman 3
- Çok sık 2
- Bazen 1
- Hiçbir zaman 0

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman 0
- Bazen 1
- Oldukça sık 2
- Çok sık 3

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle 3
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum 2
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum 1
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum 0

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla 3
- Oldukça fazla 2
- Çok fazla değil 1
- Hiç değil 0

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar 0
- Her zamankinden biraz daha az 1
- Her zamankinden kesinlikle az 2
- Hemen hemen hiç 3

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık 3
- Oldukça sık 2
- Çok sık değil 1
- Hiçbir zaman 0

14) İyi bir kitap,televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla 0
- Bazen 1
- Pek sık değil 2
- Çok seyrek 3

