

FARMACIA.....

Teléfono.....

PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

TEST DE FAGERSTRÖM (FTND)

Nombre: _____

Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la máxima sinceridad.
(Marque con una cruz)

1.- ¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse hasta que se fuma el primer cigarrillo del día?

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| En cinco minutos o menos | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Entre seis y treinta minutos | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Entre treinta y sesenta minutos | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Después de sesenta minutos | <input type="checkbox"/> | 0 |

2.- ¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| Si | <input type="checkbox"/> | 1 |
| No | <input type="checkbox"/> | 0 |

3.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|
| El primero de la mañana | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Todos los demás | <input type="checkbox"/> | 0 |

4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| Diez o menos | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Entre once y veinte | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Entre veintiuno y treinta | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Treinta y uno o más | <input type="checkbox"/> | 3 |

5.- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| Si | <input type="checkbox"/> | 1 |
| No | <input type="checkbox"/> | 0 |

6.- ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| Si | <input type="checkbox"/> | 1 |
| No | <input type="checkbox"/> | 0 |

Puntuación total: _____

VALORACIÓN DEL TEST DE FAGERSTRÖM

Dependencia nicotínica:

Muy baja	0-1 puntos
Baja	2-3 puntos
Moderada	4-5 puntos
Alta	6-7 puntos
Muy alta	8-10 puntos