



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

RENUNȚARE LA FUMAT

Protocol clinic național

PCN-335

Chișinău

2018

Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova din 29.12.2016, proces verbal nr.4

Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.1298 din 14.11.2018 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Renunțarea la fumat”

Elaborat de colectivul de autori:

Victor Botnaru	USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexandru Corlăteanu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Svetlana Cemîrtan	USMF „Nicolae Testemițanu”
Aurel Grosu	IMSP Institutul de Cardiologie
Mihail Oprea	Director General al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Catedră Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadii Curocichin	Catedra Medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Catedră Medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Zara	Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Diana Grosu-Axenti	Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (CIM 10)	4
A.3. Utilizatorii:	4
A.4. Scopurile protocolului:	4
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data următoarei revizuirii: 2019	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. Nivel de instituții de asistență medicală primară	8
B.2. Nivel consultativ specializat (pneumolog)	9
C. 1.1 Algoritmul general de conduită al pacientului cu dependența nicotinică	12
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	12
C.2.1. Clasificarea dependenței nicotinică	12
C.2.2. Profilaxia primară	13
C.2.3. Conduita pacientului cu dependența la nicotină	13
C.2.4. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)	18
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	20
D.1. Nivel de instituții de asistență medicală primară	20
D.2. Nivel consultativ specializat	20
D.3. Nivel de staționar: secții de terapie ale spitalelor raionale, municipale	20
D.4. Nivel de staționar: secții de pneumologie ale spitalelor municipale și republicane	21
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	22
ANEXE	23
ANEXA 1. TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE TUTUN	23
ANEXA 2. FORMULAR DE CONSULTARE LA MEDICUL DE FAMILIE (DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ)	25
ANEXA 3. RECOMANDĂRI PENTRU IMPLEMENTAREA METODELOR DIAGNOSTICE ÎN CONDUITA PACIENȚILOR CU DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ	27
ANEXA 4. TESTUL DE DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ FAGERSTROM	28
ANEXA 5. GHIDUL PACIENTULUI FUMATOR	29
ANEXA 6. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII	34
BIBLIOGRAFIE	34

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

BPOC	bronhopneumopatie cronică obstructivă
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PEF	<i>peak expiratory flow</i> (debit expirator de vîrf)
TA	tensiune arterială
TCC	Terapie cognitiv-comportamentală

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Clinicii Pneumologie/Alergologie din cadrul Departamentului Medicină Internă al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind renunțarea la fumat și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor instituționale, pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sînt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Dependența de nicotină

Exemple de diagnostice clinice:

1. Fumator, 25 pachet-an, dependență medie, fără tentative anterioare de renunțare la fumat.
2. Fumator, 45 pachet-an, dependență severă, cu tentative anterioare de renunțare la fumat.

A.2. Codul bolii (CIM 10): F17 Dependența de nicotină

A.3. Utilizatorii:

- oficii de sănătate;
- oficii a medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- centrele consultative diagnostice (ftiziopneumologi, cardiologi);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, ftiziopneumologi cardiologi);
- spitalele municipale, raionale, republicane, departamentale, private (ftiziopneumologi, medici interniști, cardiologi).

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. Sporirea diagnosticării precoce a dependenței de nicotină.
2. Ameliorarea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu dependență de nicotină.
3. Optimizarea tratamentului pacienților cu dependență de nicotină.
4. Reducerea deceselor prin complicațiile dependenței de nicotină.
5. Optimizarea anchetării epidemiologice a dependenței de nicotină.

A.5. Data elaborării protocolului: 2018

A.6. Data următoarei revizuirii: 2020







A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Victor Botnaru	d.h.ș.m., profesor universitar șef Clinica Pneumologie/Alergologie, Departamentul Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexandru Corlăteanu	d.ș.m., conferențiar universitar, Clinica Pneumologie/Alergologie, Departamentul Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
Svetlana Cemîrtan	secundar, Clinica Pneumologie/Alergologie, Departamentul Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
Aurel Grosu	d.h.ș.m., profesor universitar Șef Departament cardiologie de urgență, IMSP Institutul de Cardiologie
Mihail Oprea	Director General al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie

A.8. Recenzenți:

Numele	Funcția
Victor Ghicavii	d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedra Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Curocichin	d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedra Medicina de Familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Friptuleac	d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedra Igiena, USMF „Nicolae Testemițanu”
Jana Chihai	d.ș.m., conferențiar universitar, Catedra de Psihiatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/instituția	Numele și semnătura
Clinica Pneumologie/Alergologie, Departamentul Medicină Internă, USMF „N. Testemițanu”	
Asociația medicilor de familie	
Comisia științifico-metodică de profil „Boli interne”	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Dependența de tutun (sinonime dependență nicotinică, dependență tabagică sau tabagism cronic) este o adicție la tutun cauzată de drogul numit nicotină. Fumătorul care suferă de dependență de tutun nu se poate opri din consumul substanței, în ciuda faptului că aceasta îi face rău. Dacă nicotina din tutun provoacă dependență de nicotină, efectele toxice sunt provocate mai ales de alte substanțe conținute de fumul de tutun.

O persoană este considerată dependentă de nicotină atunci când aceasta are antecedente de consum cronic, cu următoarele caracteristici: abuz de substanțe, continuarea administrării substanței în ciuda efectelor negative percepute, toleranță mare la substanță și manifestarea simptomelor de sevraj la încercarea de a înceta consumul.

Noțiunea de fumător, nefumător, fost fumător se apreciază prin **statusul fumatului**, conform definițiilor agreeate de Clasificarea indivizilor în raport cu consumul de tutun:

Fumătorul zilnic este o persoană care a fumat zilnic timp de cel puțin trei luni.

Fumătorul ocazional este o persoană care a fumat, dar nu zilnic.

Fumători (zilnici sau ocazionali) considerați cei care sunt efectiv fumători, în momentul când sunt chestionați și care practică fumatul de cel puțin 6 luni.

Foști fumători (zilnici sau ocazionali) considerați cei care, la momentul interviului nu fumează deloc de cel puțin 6 luni de la oprirea definitivă a fumatului.

Nefumători – persoane care nu au fumat niciodată sau doar au experimentat cel mult 100 țigări* în decursul vieții.

Consumul tabagic se definește prin **numărul de pachete-ani**, reprezintă produsul dintre numărul de pachete de țigări fumate/zi și numărul de ani de fumat.

Scorul de dependență nicotinică determinat cu ajutorul testului *Fagerstrom* permite aprecierea severității dependenței de nicotină.

Abstinența de la tutun reprezintă o perioadă de minimum șase săptămâni în care nu se consumă tutun (de la data renunțării).

Sevrajul nicotinic este provocat de oprirea bruscă a furnizării nicotinei. Sevrajul nicotinic se poate manifesta în primele patru până la douăsprezece ore după încetarea fumatului.

Recidiva este definită ca fiind echivalentă cu fumatul unui număr ≥ 7 țigări, timp de șapte zile consecutive sau în două săptămâni consecutive.

Persoane adulte: persoane cu vârsta egală sau mai mare de 18 ani.

Recomandabil – nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

Tabelul 1 Clasele de recomandare

Clasele de recomandare	Definiție	Termenii sugerați pentru a fi utilizați
Clasa I	Dovadă și/sau acord general potrivit căruia un anumit tratament sau o procedură este benefică, utilă și eficientă	Este recomandat/este indicat
Clasa II	Dovezi contradictorii sau divergență de opinie asupra utilității/eficacității unui anumit tratament sau proceduri	
Clasa IIa	<i>Greutatea dovezilor/opiniilor este în favoarea</i>	Trebuie luat în considerare

	<i>utilității/eficacității</i>	
Clasa IIb	<i>Utilitatea/eficacitatea este mai puțin stabilită de dovezi/opinii</i>	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Dovezi sau acord general potrivit căruia un anume tratament sau o procedură nu este utilă/eficace, și în anumite situații, poate fi dăunătoare	Nu este recomandat

Tabel 2 Nivelele de evidență

Nivel de evidență A	Date obținute din multiple trialuri clinice randomizate sau meta-analize
Nivel de evidență B	Date obținute dintr-un singur trial clinic randomizat sau din studii mari nerandomizate
Nivel de evidență C	Consens de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre

A.9. Informația epidemiologică

Unul dintre marele vicii ale secolului XXI numit ”stil de viață modern” este fumatul. Actualmente consumul de tutun este considerat drept boală, care trebuie diagnosticată și tratată de rînd cu alte boli cronice, precum astmul bronșic, hipertensiunea arterială sau diabetul zaharat. Fumatul activ, cît și cel pasiv, reprezintă o problemă de importanță globală cu multiple consecințe economice. Doar în SUA anual se cheltuie 50 miliarde de dolari pentru asistență medicală sau reducerii productivității muncii datorate consumului de tutun.

Conform datelor OMS fumatul reprezintă un obicei zilnic al peste 1,3 miliarde de oameni din întreaga lume, majoritatea (84%) din țările în curs de dezvoltare. Anual, din cauza fumatului, mor peste 6 milioane, dintre care 600.000 sunt fumători pasivi. În SUA fumatul ucide mai mult de 440.000 de americani în fiecare an, iar 49.000 decese sunt atribuite fumatului pasiv.¹ Conform sondajului Eurobarometru publicat în 2012, fumatul ucide circa 500 000 de europeni în fiecare an. În România 33 000 de persoane mor anual, ceea ce înseamnă un deces la fiecare 16 minute. În cazul în care tendințele actuale de a fuma continuă, atunci consumul de tutun va ucide 10 milioane de oameni în fiecare an până în 2020.²

Majoritatea fumătorilor dezvoltă pe parcursul vieții una sau mai multe boli asociate consumului de tutun. Circa 90% din cancerul pulmonar, 60-80% din bolile respiratorii cronice și 22% din bolile cardiovasculare sunt atribuite fumatului.

Această epidemie sau mai exact pandemie a secolului pornită din țările industriale, în prezent se îndreaptă foarte rapid spre țările în curs de dezvoltare, inclusiv Republica Moldova.

Potrivit cifrelor Ministerului Sănătății, fumează 27% din populația Republicii Moldova. Vîrsta medie a minorilor care încep să fumeze este de 15 ani.

Însă, conform Raportului European de Sănătate 2012 („The European health report 2012”), Republica Moldova se află pe locul patru după numărul de fumători în țară (după Armenia, Belarus și Ucraina). Potrivit raportului, regulat fumează aproximativ 60 la sută din persoane. În privința distribuției pe sexe fumează 50 la sută dintre bărbați, 10 la sută dintre femei, însă proporția femeilor este în creștere.

Pentru a reduce numărul de fumători, dar și a efectelor nocive ale fumatului, Republica Moldova a efectuat un șir de măsuri cum ar fi aderarea în mai 2009 la Convenția-Cadru pentru Controlul Tutunului (CCCT) a OMS, iar în mai 2015 a fost aprobată de către Parlament „Legea antifumat”. Această lege prevede interzicerea fumatului în spațiile publice închise și semi-inchise, vânzarea produselor de tutun minorilor, interzicerea publicității la produsele din tutun. Totodată, pachetele de țigări urmează să conțină avertismente privind dauna fumatului pe cel puțin 65 la sută din suprafața pachetului de țigări, iar țigările slim și cele cu arome vor fi interzise. Legea a intrat în vigoare pe 31 mai 2016.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de instituții de asistență medicală primară

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia C.2.2	Toți medicii ar trebui să recomande fiecărui pacient fumător să renunțe la fumat. Există dovezi conform cărora sfatul medicului crește semnificativ rata abținței la fumat.	Recomandabil: Evaluarea statutului de fumător, pentru fiecare pacient, la fiecare vizită medicală.
2. Screeningul	Depistarea precoce a pacienților cu dependență de nicotină va permite prevenirea complicațiilor și micșorarea mortalității.	Se recomandă identificarea de rutină a fumătorilor la toate nivelele de asistență medicală din Moldova și înregistrarea statusului de fumător ca un semn vital în documentele medicale. Screeningul clinic al fumatului crește rata de succes al intervențiilor pentru renunțarea la fumat (Caseta 7. <i>Recomandări pentru evaluarea statusului de fumător</i>).
3. Diagnosticul		
3.1. Suspectarea diagnosticului de dependență la nicotină C.2.3.1–C.2.3.5 Algoritmul C.1.1.	Anamneza minuțioasă și examenul clinic permit suspectarea dependentei la nicotina la majoritatea pacienților	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (Caseta 7. <i>Recomandări pentru evaluarea statusului de fumător</i>, Caseta 8. <i>Evaluarea dependenței de nicotină</i>) • Examenul fizic (Caseta 11. <i>Examenul fizic</i>, Caseta 9. <i>Simptomele de sevraj nicotinic</i>) • Examen paraclinic (Caseta 12. <i>Investigații paraclinice</i>)
3.2. Decizia de referire către specialistul pneumolog C.2.3.6		Există următoarele situații mai frecvente, după cum sunt sugerate în Algoritmul C.1.1. : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientul este fumător și dorește să renunțe la fumat - se va prescrie terapie farmacologică eficientă și terapie cognitiv-comportamentală. Este indicată adresarea la un specialist instruit în consiliere pentru renunțarea la fumat. 2. Pacientul este fumător și nu dorește să renunțe la fumat - va primi sfatul minim antifumat. Această intervenție nu va conduce la obținerea sevrajului tabagic, dar va contribui la crearea unei motivații viitoare pentru renunțare la fumat. Este indicată aplicarea algoritmului celor 5 R (Caseta 10. Strategia celor 5 R). 3. Pacientul a fost fumător și a renunțat la fumat - va primi intervenții minime de consiliere cognitiv-comportamentală în vederea menținerii

		<p>abstinenței și prevenirii recidivei fumatului. Dacă pacientul semnaleză simptome de sevraj sau revenirea apetitului de a fuma, este indicat să primească consiliere la pneumolog, iar pentru cei care au renunțat și mențin abstinența fără dificultăți, aceste intervenții sunt suficiente în cabinete de medicină primară.</p> <p>4. Pacientul nu a fumat niciodată - nu este nevoie decât de reconfirmarea la fiecare vizită a statusului inițial de nefumător însoțită de recomandarea scurtă, prin mesaje sanogene de menținere a abstinenței. Aceste intervenții minore sunt simple și pot fi asigurate doar de nivelul 1 de asistență a fumătorilor.</p>
4. Tratamentul		
	Sfatul minimal pentru renunțarea la fumat	<p>Încurajarea tuturor fumătorilor să renunțe la fumat;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oferirea de consiliere celor care sunt interesați de renunțarea la fumat; - Când este posibil, îndrumarea spre specialistul în consiliere antitabagică; - Recomandarea fumătorilor care vor să renunțe la fumat să folosească substituenții de nicotină cu oferirea de informații precise și sfaturi despre utilizarea acestora.

B.2. Nivel consultativ specializat (pneumolog)

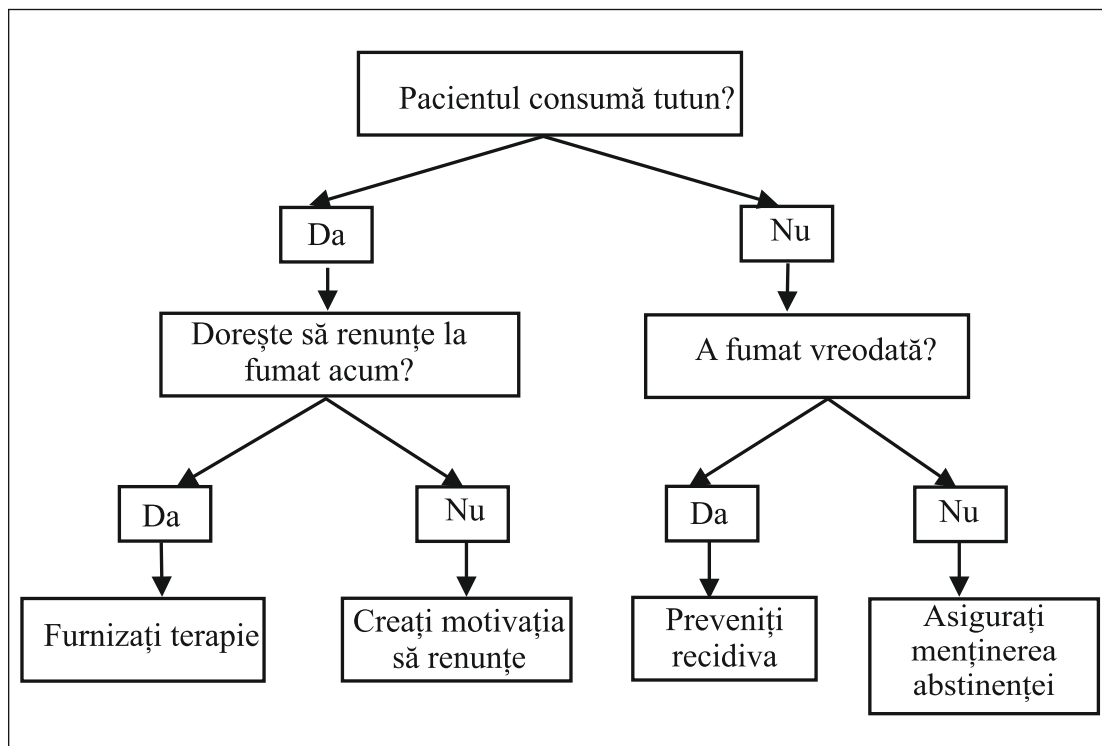
Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Diagnosticul		
<p>1.1. Confirmarea diagnosticului de dependență la nicotina</p> <p>1.2. Evaluarea gradului de severitate a bolii</p> <p>C.2.3.1-C.2.3.5</p>	<p>Anamneza minuțioasă și examenul clinic permit suspectarea dependenței la nicotina la majoritatea pacienților</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (Caseta 7. <i>Recomandări pentru evaluarea statusului de fumător</i>) • Examenul fizic (Caseta 11. <i>Examenul fizic</i>) • Examen paraclinic (Caseta 12. <i>Investigații paraclinice</i>) • Spirografia cu test bronhodilatator • ECG • Diagnosticul diferențial (Caseta 13. <i>Diagnosticul diferențial al dependenței de nicotină</i>)

		<p>Investigații recomandate (selectiv):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultarea specialistului din alt domeniu (cardiolog, psihiatru) Există următoarele situații mai frecvente, după cum sunt sugerate în Algoritmul C.1.1.: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientul este fumător și dorește să renunțe la fumat - se va prescrie terapie farmacologică eficientă și terapie cognitiv-comportamentală. Este indicată adresarea la un specialist instruit în consiliere pentru renunțarea la fumat. 2. Pacientul este fumător și nu dorește să renunțe la fumat - va primi sfatul minim antifumat. Această intervenție nu va conduce la obținerea sevrajului tabagic, dar va contribui la crearea unei motivații viitoare pentru renunțarea la fumat. Este indicată aplicarea algoritmului celor 5 R (Caseta 10. Strategia celor 5 R). 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. Dacă pacientul semnalează simptome de sevraj sau revenirea apetitului de a fuma, este indicat să primească consiliere la pneumolog, iar pentru cei care au renunțat și mențin abstenența fără dificultăți, aceste intervenții sunt suficiente în cabinete de medicină primară. 4. Pacientul nu a fumat niciodată - nu este nevoie decât de reconfirmarea la fiecare vizită a statusului inițial de nefumător însoțită de recomandarea scurtă, prin mesaje sanogene de menținere a abstenenței. Aceste intervenții minore sunt simple și pot fi asigurate doar de nivelul 1 de asistență a fumătorilor.
<p>2. Tratamentul</p>		
<p>2.1 Intervenții în vederea renunțării la fumat</p>	<p>Sfatul minimal pentru renunțarea la fumat</p>	<p>Eficiența optimă a sfatului minimal se obține la o durată a intervenției medicului de 3–5 minute. Aceasta crește rata abstenenței la fumat pe termen lung</p>
	<p>Intervenția specializată în vederea renunțării la fumat</p>	<p>Tratamentul constă în administrarea de medicamente cu eficiență dovedită în tratarea dependenței de nicotină și într-o serie de ședințe individuale de consiliere cognitiv-comportamentală. Specialiștii folosesc termenul „consiliere” pentru a defini asistența cognitiv-comportamentală specifică oferită pacienților aflați sub tratament de întrerupere a fumatului.</p>

		Ședințele de consiliere au rolul de a le oferi fumătorilor informații cu privire la procesul de renunțare la fumat și soluții pentru depășirea obstacolelor cu care se confruntă în încercarea de a renunța la fumat.
	Intervenții specializate de grup în vederea renunțării la fumat	
2.2 Terapie cognitiv-comportamentală (TCC)		Caseta 16. Terapie cognitiv-comportamentală (TCC)
2.3 Tratamentul farmacologic		Terapia de substituție a nicotinei Tratamentul cu citizina Tratamentul cu bupropion SR Tratamentul cu vareniclină Caseta 17. <i>Tratament medicamentos</i>
2.4 Prevenirea recidivelor	După renunțarea la fumat, recidiva este definită ca fiind echivalentă cu fumatul unui număr ≥ 7 țigări, timp de șapte zile consecutive sau în două săptămâni consecutive. Fumatul unui număr mai mic de țigări este calificat drept cădere. (Pentru definiții mai exacte în ceea ce privește practica clinică, vă rugăm să consultați <i>Capitolul 4.1.5 Criterii ale abstenenței de la tutun în cercetarea științifică</i>). După data renunțării, tratamentul va fi personalizat pentru fiecare pacient în parte, în funcție de nivelul apetitului pentru fumat și de riscul recidivei. Se impun noi studii care să valideze instrumente și tratamente aplicate în acest scop. Un scor ridicat în ceea ce privește apetitul de a fuma constituie un factor important în anticiparea riscului de recidivă.	<ul style="list-style-type: none"> intensificarea numărului ședințelor de TCC ca timp, structură și număr contribuie la eficacitatea tratamentului; folosirea emplplasturilor cu nicotină timp de cel puțin 14 săptămâni, plus substitute nicotinică cu eliberare rapidă, ori de câte ori este nevoie; prelungirea tratamentului cu vareniclină de la 12 la 24 de săptămâni; prelungirea tratamentului cu bupropion; combinarea tratamentelor.

C. 1. ALGORITMELE DE CONDUITĂ

C. 1.1 Algoritmul general de conduită al pacientului cu dependența nicotinică



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea dependenței nicotinică

Caseta 1. Statusul de fumător

Fumătorul zilnic este o persoană care a fumat zilnic timp de cel puțin trei luni.

Fumătorul ocazional este o persoană care a fumat, dar nu zilnic.

Fumători (zilnici sau ocazionali) considerați cei care sunt efectiv fumători, în momentul când sunt chestionați și care practică fumatul de cel puțin 6 luni.

Foști fumători (zilnici sau ocazionali) considerați cei care, la momentul interviului nu fumează deloc de cel puțin 6 luni de la oprirea definitivă a fumatului.

Nefumători – persoane care nu au fumat niciodată sau doar au experimentat cel mult 100 țigări* în decursul vieții.

Caseta 2. Consumul tabagic

număr de țigări fumate într-o zi;

numărul de pachete-ani reprezintă produsul dintre numărul de pachete de țigări fumate/zi și numărul de ani de fumat

(ex.: dacă timp de 20 ani se fumează 20 țigări/zi, acest consum echivalează cu $20 \times 20 / 20 = 20$ Pachet-An)

Caseta 3. Aprecierea severității dependenței de nicotină

- 0 – 3 puncte: dependență ușoară;
- 4 – 6 puncte: dependență medie;
- 7 – 10 puncte: dependență severă

C.2.2. Profilaxia primară

Consumul de tutun este considerat a fi principala cauză evitabilă de morbiditate și mortalitate din lume.

De aceea, trebuie întreprinse diferite măsuri pentru a preveni și stopa fumatul. Printre ele:

- Interzicerea fumatului în spațiile publice, în instituțiile de învățământ și medico-sanitare;
- Prevenirea răspândirii fumatului în rândul minorilor prin implicarea lor directă în campanii antifumat. Elevii trebuie să fie conștienți de faptul că decizia de a fuma poate avea efecte negative nu numai asupra sănătății, dar și asupra vieții sociale și chiar asupra performanțelor legate de studiu și viață.
- Informarea și educarea populației privind dauna consumului de tutun.
- Toți medicii trebuie să recomande fiecărui pacient fumător să renunțe la fumat. Există dovezi conform cărora sfatul medicului crește semnificativ rata renunțării la fumat.
- Conștientizarea pericolului fumatului pasiv.
- Conștientizarea pericolului fumatului în sarcină și perioada de alăptare pentru făt/sugar.
- Aplicarea programelor educative privind modul sănătos de viață: renunțarea la fumat, excluderea consumului de alcool, alimentație sănătoasă, exerciții fizice zilnic.
- Diminuarea motivației inițierii consumului de tutun prin consiliere.

NU UITATI: „DURATA VIETII, DAR MAI ALES CALITATEA EI DEPINDE DOAR DE PROPRIILE DECIZII !!!”

C.2.3. Conduita pacientului cu dependență la nicotina

Caseta 4. Obiectivele procedurilor de diagnostic în dependența la nicotina

- Evaluarea statusului fumatului.
- Estimarea consumului tabagic
- Evaluarea severității dependenței nicotinică
- Analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat

Caseta 5. Procedurile de diagnostic dependenței de nicotină

- Anamnezic
- Examenul clinic
- Determinarea monoxidului de carbon
- Determinarea cotininei

Caseta 6. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu dependența la nicotina:

- Evaluarea statusului fumatului
- Estimarea consumului tabagic
- Evaluarea severității dependenței nicotinică
- Analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat
- Investigarea obligatorie privind factorii de risc și a comorbidităților (condițiilor clinice asociate)

Elaborarea schemei de tratament pentru persoana concretă

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 7. *Recomandări pentru evaluarea statusului de fumător*

1. Ați fumat vreodată?
2. Câte țigări ați fumat în viața dumneavoastră? Mai mult sau mai puțin de 100? (80 de țigări = 100 g de tutun, întrucât 1 țigară conține 0,8 g de tutun)
3. Fumați zilnic / în anumite zile / în anumite situații? Care situații?
4. De câți ani fumați?
5. Câte țigări (sau alte produse pe bază de tutun, de exemplu pipe, trabucuri etc.) fumați de obicei pe zi?
6. De câți ani / câte luni ați renunțat la fumat?

Caseta 8. *Evaluarea dependenței de nicotină*

Dependența de nicotină este definită prin prezența a cel puțin 3 din cele 7 criterii care o definesc, dacă au fost prezente la un moment dat în ultimele 12 luni:

- dorință puternică de a fuma,
- dificultate în a controla cantitativ fumatul,
- simptome de sevraj la reducerea sau întreruperea consumului de tutun,
- continuarea consumului în ciuda consecințelor nocive evidente,
- prioritatea fumatului asupra altor activități,
- toleranță crescută,
- simptome fizice de sevraj tabagic

Caseta 9. *Simptomele de sevraj nicotinic*

- nevoie acută / incontrollabilă de a fuma (poftă);
- iritabilitate;
- stări de neliniște, furie, anxietate;
- oboseală;
- apetit crescut, în special pentru dulciuri și, ca urmare, creștere în greutate;
- dificultăți de concentrare și de orientare a memoriei;
- depresie;
- dureri de cap;
- insomnie;
- amețelă.

Caseta 10. *Strategia celor 5 R*

- *Relevanță*: Când discută cu un pacient, medicul ar trebui să încerce să răspundă la întrebarea: „De ce este importantă renunțarea la fumat pentru dumneavoastră, pe plan personal?”
- *Riscuri*: Medicul ar trebui să încerce să identifice potențialele riscuri personalizate legate de sănătatea fumătorului respectiv și să clasifice atât riscurile imediate (agravări ale BPOC), cât și riscurile pe termen lung (infertilitate, cancer).
- *Recompense*: Medicul ar trebui să-i prezinte pacientului beneficiile personale ale renunțării la fumat.
- *Piedici* (engl. - *Road-blocks*): Medicul ar trebui să-i ceară pacientului să identifice barierele sau obstacolele care ar putea sta în calea succesului unei tentative de renunțare la fumat.
- *Repetiție*: Intervențiile în vederea renunțării la fumat ar trebui să fie făcute în mod repetat, ori de câte ori medicul constată că pacientul nu este dispus/pregătit să se lase de fumat.

C.2.3.2. Examenul fizic

Caseta 11. Examenul fizic

Are ca scop depistarea patologiilor care pot fi cauzate de fumat (respiratorii și cardiovasculare)

Vezi Caseta 19. Patologia cauzată de tutun

C.2.3.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 12. Investigații paraclinice

Investigații obligatorii:

- Peakflowmetria
- Spirografia cu test bronhodilatator
- Pulsoximetria
- ECG.

Investigații recomandate:

- Determinarea monoxidului de carbon
- Determinarea cotininei
- Examenul cardiologic (EcoCG, monitorizarea holter TA)
- Determinări biochimice și hematologice (determinarea colesterolemiei și a glicemiei, proteinei C reactive, hemoglobinei și a hematocritului)

Biomarkerii expunerii la tutun

Diagnosticul de dependență nicotinică trebuie stabilit în baza examenului clinic și confirmat prin teste de laborator, precum evaluarea biomarkerilor expunerii la fumul de tutun.

Există o multitudine de astfel de biomarkeri, însă cei mai utilizați sunt: monoxidul de carbon (CO) în aerul expirat și cotinina (un metabolit al nicotinei) care poate fi măsurat în plasmă, salivă, urină, păr și în secretul nazal.

• Determinarea monoxidului de carbon

Monoxidul de carbon este cel mai ușor de monitorizat. Unitatea de măsură a CO este ppm (părți per milion), o unitate de măsură care poate fi convertită ca echivalent al carboxihemoglobinei. În condiții normale, la nefumători, valoarea CO în aerul expirat este < 4 ppm. The European Smoking Cessation guideline of the European Network for Smoking Prevention (ENSP, www.ensp.org) a stabilit limita de 7 ppm a nivelului de CO pentru a distinge fumătorii activi de nefumători. Concentrația de monoxid de carbon din aerul expirat de un fumător poate ajunge la 10-20 ppm (echivalentul a 2-5% carboxihemoglobină).

Însă există situații când valoarea CO este mai mare decât valoarea de referință, la persoane care nu sunt fumători activi de ex. expunerea la CO din poluarea atmosferică, fumatul pasiv sau expunerea profesională. De asemenea CO nu poate fi un biomarker fidel al statusului de fumător la pacienții cu AB, BPOC (din cauza proceselor inflamatorii existente). Nivelul “cut-off” optim de CO capabil să diferențieze fumătorii de nefumători a fost de 10 ppm la pacienții cu astm bronșic și 11 ppm la pacienții cu BPOC.³ Timpul de înjumătățire al CO este de 4-6 ore, de aceea peste 24 ore după fumatul ultimei țigări valoarea CO în aerul expirat este normal. Pentru a evita o astfel de confuzie se recomandă evaluarea CO după-amiază.

Valoarea CO nu poate fi corelată cu numărul de țigări fumate, dar este un indicator al profunzimii inhalării fumului de tutun. De ex., un fumător poate reduce cantitatea de țigări fumate, însă pentru a extrage aceeași cantitate de nicotină va fuma mai agresiv.⁴

Monitorizarea CO a fost asociată cu o creștere semnificativă a inițierii abstenenței de la tutun.⁵

- **Determinarea cotininei**

Cotina este principalul produs metabolic al nicotinei. Monitorizând concentrația acestuia în organism, putem evalua nivelul de expunere a unui individ la fumul de tutun. Timpul de înjumătățire al nicotinei este de aproximativ două ore; cu toate acestea, concentrația de nicotină poate varia în funcție de momentul zilei când a fost fumată ultima țigară. La rândul ei, cotina are un timp de înjumătățire de 15-20 de ore. Poate fi măsurată în sânge, păr, salivă și urină, secret nazal.⁶

Cotina prelevată din fire de păr este o metodă ieftină, non-invazivă și un bun indicator pe termen lung al consumului de tutun, atât la fumători cât și la nefumători.

Concentrația de cotină salivară se determină utilizând testele NicAlert™ Saliva. Aceste teste sunt destinate pentru a evalua dacă o persoană a fost expusă la produse din tutun în ultimele 48 de ore, fiind o determinare semicantitativă a cotininei salivare. Nivelul “cut-off” pentru NicAlert™ este de 10 ng/mL.

Nivelul de 10-30 ng/ml ne indică un fumător ocazional.

Nivelul optim propus pentru a putea diferenția fumătorii activi de nefumători a cotininei urinare este de 100 μg/g.

Determinarea cotininei plasmatice este o metodă preferată de mulți, însă este invazivă și prezintă dificultate la colectarea probelor de la copii. Nivelul de cotină plasmatică la fumători este de 200 ng/ml, dar poate să ajungă la valori de până la 1000 ng/ml, în funcție de intensitatea fumatului. Cotina plasmatică < 15 ng/ml ne arată nivelul unui nefumător.

Nivelul optim de referință pentru cotina din lavajul nazal este de 1.0 ng/ml, are o sensibilitate de 91% și o specificitate de 99% . În timp ce cotina salivară este mai ușor de obținut cotina determinată din lavajul nazal poate fi folosită pentru indicarea precisă a expunerii la fumat și mai mult reflectă expunerea directă a mucoasei nazale la fumul de țigară .⁷

Utilitatea biomarkerilor

Studiile clinice demonstrează ca utilizarea unui singur biomarker nu satisface complet evaluarea fumătorilor, de aceea sunt necesare asocierea mai multora. Peste hotare aceste teste sunt niște teste de rutină pentru a identifica persoanele cu risc de cancer, atât la fumătorii activi, cât și la cei pasivi.

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 13. Diagnosticul diferențial al dependenței de nicotină

- Deficitul de alfa 1 antitripsină;
- Angina pectorală;
- Bronhopneumopatia obstructivă cronică;
- Depresia;
- Emfizemul pulmonar;
- Cancerul pulmonar cu celule “non-small”;
- Cancerul pulmonar cu celule mici.

C.2.3.5. Tratamentul

Caseta 14. Tratamentul pacienților cu dependență de nicotină

- Educația terapeutică,
- sprijinul comportamental,
- tratament medicamentos.

Caseta 15. Educația terapeutică

- Explicarea bolii dependenței de tutun,
- Explicarea motivelor pentru care cineva aprinde o țigară,
- Explicarea consecințelor fumatului asupra sănătății,
- Explicarea beneficiilor renunțării la fumat,
- Explicarea tratamentului pentru renunțarea la fumat,
- Explicarea modului de gestionare a dependenței cronice de tutun, pentru prevenirea recidivei,
- Prezentarea instrumentelor disponibile pentru fumători la nivel local.

Caseta 16. Terapie cognitiv-comportamentală (TCC)

- Identificarea cauzelor comportamentale ce stau la baza fumatului, stimularea imediată și pe termen lung,
- Creșterea motivației de renunțare și diminuarea temerilor de a renunța și a deveni nefumător,
- Învățarea modului în care să faci față emoțiilor.

Caseta 17. Tratament medicamentos

- Terapiile de înlocuire a nicotinei sunt disponibile în variantă transdermală (emplastre), în variantă orală (gumă, comprimate, tablete sublinguale, inhalator), iar în unele țări sub formă de spray nazal. Comparativ cu situația din trecut, dozajul este acum mai ușor adaptabil, combinațiile fixe sunt rareori folosite, iar combinațiile emplastre-formule orale de tratament de substituție nicotinică sunt folosite pe scară largă, pentru a crește doza de nicotină până aproape de nivelul de nicotină primit din țigări.
- Citizina este un alcaloid natural, extras din semințele unor plante precum *cytissus laburnum* și *sophora tetraptera*. Citizina acționează similar cu vareniclina, fiind un antagonist parțial al receptorilor acetilcolinici nicotiniци $\alpha 4\beta 2$ și fiind răspunzătoare pentru intensificarea efectelor nicotinei, prevenind totodată asocierea nicotinei cu acești receptori^{1,2} – și reducând astfel nivelul de satisfacție și recompensă legat de consumul de tutun – simptomele negative de sevraj relevante și pofta de fumat.
- Vareniclina este un antagonist specific al receptorului nicotinic alfa4 beta2, folosit ca monoterapie pentru renunțarea la fumat, cu o eficacitate în raport cu placebo apropiată de eficacitatea dozelor mari combinate de terapii cu substituenți de nicotină.
- Bupropionul este un medicament folosit inițial pentru tratarea unor tulburări psihiatrice, care s-a dovedit eficient în renunțarea la fumat. Acest medicament poate fi combinat cu terapiile de substituție a nicotinei.

C.2.3.7. Supravegherea pacienților

Monitorizarea continuă este esențială în atingerea scopurilor terapeutice.

Caseta 18. Supravegherea pacienților cu dependența nicotinică

În special în primele 3-6 luni de la finisarea tratamentului, este recomandat ca medicul să îi întrebe sistematic, la fiecare vizită, dacă încă mai fumează ocazional sau dacă simt nevoia de a fuma. Riscul potențial de recidivă atinge intensitatea maximă la circa două săptămâni în preajma datei renunțării, urmând să scadă pe parcursul săptămânilor următoare. Acest risc trebuie să fie evaluat cât mai devreme posibil. Următoarele întrebări sunt foarte importante în această privință: „Mai simțiți nevoia de a fuma?“, „Cât de greu vă este să vă abțineți de la fumat?“ Pacienții cu risc major de recidivă ar trebui să fie asistați mai intens, inclusiv recomandându-le să repete tratamentul, dacă acest lucru este considerat util.

C.2.4. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)

Caseta 19. Patologia cauzată de tutun
<i>Aparatul respirator</i>
Bronhopneumopatia cronică obstructivă Cancerul bronhopulmonar Astmul bronșic Infecții respiratorii frecvente
Boli cardio-vasculare
Hipertensiunea arterială sistemică Ateroscleroza Arteriopatiile obliterante ale membrelor Aneurismele- arteriale Cardiopatia ischemică cronică Accidente vasculare cerebrale Tulburări de ritm cardiac (îndeosebi fibrilația ventriculară) Moartea subită Stenoze de arteră carotidă Trombangeita obliterantă Buerger
<i>Diverse forme de cancer</i>
Cancerul pulmonar Cancerul laringian Cancerul de colon Cancerul de pancreas Cancerul de esofag Cancerul gastric Cancerul renal Cancerul cavității bucale Cancere din sfera genitală (prostată, penis, col uterin, sân)
<i>Alte boli pentru care fumatul e considerat factor de risc</i>
Boala Alzheimer Cataracta Leucemia Anxietatea Diverse simptome psihice: <ul style="list-style-type: none"> - tulburări depresive - modificări ale comportamentului și dispoziției - tulburări de personalitate, de memorie - tulburări ale funcțiilor executorii - schizofrenie Ulcerul peptic Fractura de mandibulă Afecțiuni periodontale
<i>Efecte negative ale tutunului la nivelul cavității bucale</i>
Leucoplazia Stomatită nicotinică Boala periodontală Leucoedemul Retracții focale gingivale cu pierderea atașamentului periodontal Gingivita acută necrotic-ulcerată Candidoza cronică hiperplastică

<p>Glosita mediană romboidă Limba păroasă Lichen plan Cariile dentare</p>
<p><i>Rolul fumatului asupra aspectelor estetice la fumători</i></p>
<p>Melanoza gingivală (melanoza fumătorilor) Pierderea dinților Petele de tutun ale dintilor Calculii dentari Hialitoza Modificări salivare (creșterea secreției glandelor salivare și leziuni degenerative) Tulburări ale acuității olfactive și gustative (reducerea capacității de a simți mirosul și gustul) Piele îmbătrânită cu riduri</p>
<p><i>Influențe ale fumatului asupra vieții sexuale</i></p>
<p>Bărbații: Scăderea libidoului și potenței sexuale Infertilitate Reducerea numărului de spermatozoizi și motilității acestora Femei: Amenoree secundară Infertilitate Instalarea precoce a menopauzei Interacțiunea cu pilula contraceptivă</p>
<p><i>Modificări asupra EEG</i></p>
<p>Amplificarea frecvenței EEG Scăderea amplitudinii undelor beta Scaderea frecvenței spectrale pe EEG</p>
<p><i>Fumatul în timpul sarcinii</i></p>
<p>Încetinirea creșterii intrauterine Nașteri premature Greutate mai mică la naștere Sindromul morții subite la copil Creșterea riscului de avorturi spontane și de sângerare Infecții intrauterine Ruptură prematură de membrane</p>
<p><i>Consecințe ale fumatului matern asupra fătului</i></p>
<p>Sindromul morții subite a sugarului Apneea obstructivă Malformații congenitale (cheiloschizis sau paloschizis) Creșteri de tensiune arterială la nou-născut Factor precursor pentru astmul bronșic la copil Risc de obezitate la copil Peumonii și bronșite Retard fizic și mental al fătului</p>

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

<p>D.1. Nivel de instituții de asistență medicală primară</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie; • asistenta medicului de familie; • laborant. <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • PEF-metru; • radiograf; • microscop optic; • laborator clinic standard pentru realizarea investigațiilor: hemoleucogramă, sumar al urinei, glicemie.
<p>D.2. Nivel consultativ specializat</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pneumolog; • medic funcționalist; • medic laborant; • asistente medicale; <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • PEF-metru; • cabinet de diagnostic funcțional dotat cu spiograf; • cabinet radiologic; • electrocardiograf; • laborator clinic standard pentru realizarea investigațiilor: hemoleucogramă, sumar al urinei, determinarea indicilor biochimici (glicemie, creatinină și uree serică, enzime hepatice, LDH, proteina C-reactivă). <p>Medicamente: Terapia de substituție a nicotinei Tratamentul cu citizina Tratamentul cu bupropion SR Tratamentul cu vareniclină Casetă 17. <i>Tratament medicamentos</i> • Medicamente pentru tratamentul complicațiilor.</p>
<p>D.3. Nivel de staționar: secții de terapie ale spitalelor raionale, municipale</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pneumolog; • internist; • medic funcționalist; • asistente medicale; • acces la consultații calificate: cardiolog, psihiatru. <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • este identic cu cel al secțiilor consultativ-diagnostice raionale și municipale.

	<p>Medicamente: Terapia de substituție a nicotinei Tratamentul cu citizina Tratamentul cu bupropion SR Tratamentul cu vareniclină Casetă 17. <i>Tratament medicamentos</i> • Medicamente pentru tratamentul complicațiilor.</p>
<p>D.4. Nivel de staționar: secții de pneumologie ale spitalelor municipale și republicane</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pneumologi; • medici funcționaliști; • medici laboranți; • asistente medicale; • acces la consultații calificate (cardiolog, psihiatru). <hr/> <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • PEF-metru; • puls-oximetru; • electrocardiograf; • Eco-cardiograf cu Doppler; • cabinet de diagnostic funcțional dotat cu spiograf; • laborator clinic standard pentru realizarea investigațiilor: hemoleucogramă, sumar al urinei, determinarea indicilor biochimici (glicemie, LDH, proteina C-reactivă, creatinină și uree serică, enzime hepatice, proteine totale serice, bilirubină totală și fracțiile ei) și a ionogramei (Na, K, Cl), examen gazimetric al sângelui ;
	<p>Medicamente: Terapia de substituție a nicotinei Tratamentul cu citizina Tratamentul cu bupropion SR Tratamentul cu vareniclină Casetă 17. <i>Tratament medicamentos</i> • Medicamente pentru tratamentul complicațiilor.</p>

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Obiectiv	Indicator	Metodă de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Ameliorarea calității examinării clinice și celei paraclinice a pacienților cu dependență de nicotină	1.1. Ponderea pacienților cu diagnosticul de dependență nicotinică, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor PCN <i>Renunțare la fumat</i> (în %)	Numărul de pacienți cu diagnosticul de dependență nicotinică, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor PCN <i>Renunțare la fumat</i> în ultimele 12 luni x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de dependență nicotinică stabilit într-o instituție, în ultimele 12 luni
2.	Sporirea ratei de apreciere a riscului de dependență de nicotină	2.1. Ponderea pacienților cu diagnosticul de dependență nicotinică, cărora li s-a evaluat riscul de fumator de către medicul de familie, conform recomandărilor PCN <i>Renunțare la fumat</i> (în %)	Numărul de pacienți cu diagnosticul de dependență nicotinică, cărora li s-a evaluat riscul de dependență nicotinică de către medicul de familie, conform recomandărilor PCN <i>Renunțare la fumat</i> în ultimele 12 luni x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de dependență nicotinică stabilit într-o instituție, în ultimele 12 luni
3.	Administrarea tratamentului antifumat la pacienții cu dependență de nicotină	Ponderea pacienților cu dependență nicotinică, cărora li s-a administrat tratamentul antifumat în staționar, conform recomandărilor PCN <i>Renunțare la fumat</i> pe parcursul a 12 luni (în %)	Numărul de pacienți cu dependență nicotinică, cărora li s-a administrat tratamentul antifumat în staționar, conform recomandărilor PCN <i>Renunțare la fumat</i> pe parcursul a 12 luni x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul confirmat de dependență nicotinică spitalizați pe parcursul ultimelor 12 luni
4.	Reducerea deceselor prin complicațiile dependenței de nicotină	Ponderea pacienților decedați prin complicațiile dependenței nicotinică în staționar (în %)	Numărul de pacienți decedați prin complicațiile dependenței nicotinică în staționar în ultimele 12 luni x 100	Numărul total de pacienți decedați prin complicațiile dependenței nicotinică în ultimele 12 luni x 100
5.	Îmbunătățirea sistemului de notificare a cazurilor de dependență de nicotină	Ponderea cazurilor de dependență nicotinică notificate în sistemului de supraveghere (în %)	Numărul de cazuri de dependență nicotinică notificate în sistemul de supraveghere x 100	Numărul total de cazuri cu diagnosticul de dependență nicotinică

ANEXE

Anexa 1. TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI NICOTINICE

Medicament	Doze	Mod de administrare
BUPROPION* (nivel de evidență A)	zilele 1-3: 150 mg în fiecare dimineață; ziua 4-final: 150 mg x 2/zi (cel puțin la 8 ore) pentru restul tratamentului	Se începe cu 1-2 săptămâni înainte de data renunțării; Se utilizează timp de 2-6 luni
GUMĂ NICOTINICĂ (nivel de evidență A)	2 mg – pacientul fumează ≤ 24 țigări/zi 4 mg – pacientul fumează ≥ 25 țigări/zi. Doza unanim recomandată este de 8-12 gume mestecate/zi	Se utilizează timp de până la 12 săptămâni
INHALATOR NICOTINĂ* (nivel de evidență A)	CU 6-16 cartușe/zi, un cartuș poate furniza 4 mg de nicotină de-a lungul a 80 de inhalări	Se folosește timp de până la 6 luni; se pliază la capăt
TABLETE CU NICOTINĂ* (nivel de evidență B)	doze de 1, 2 sau 4 mg; o tabletă la fiecare 1-2 ore inițial, apoi 2 mg dacă pacientul fumează la 30 min. sau mai mult după trezire ori 4 mg dacă pacientul fumează la <30 min. după trezire	Se folosește timp de 3-6 luni
SPRAY NAZAL NICOTINĂ* (nivel de evidență A)	CU 0,5 mg / nară inițial 1-2 doze/oră limite: 8-40 doze/zi	Se folosește timp de 3-6 luni
EMPLASTRU NICOTINĂ (nivel de evidență A)	CU 7, 14, 21 mg/24 de ore (sau 10/15/25 mg / 16 ore Dacă pacientul fumează 10 țigări/zi, 21 mg/zi timp de 4 săptămâni, apoi 14 mg/zi timp de 2 săptămâni, apoi 7 mg/zi timp de 2 săptămâni; Dacă pacientul fumează <10 țigări/zi, începeți cu 14 mg/zi timp de 6 săptămâni, apoi 7 mg/zi timp de 2 săptămâni	Se va folosi un emplastru nou în fiecare dimineață, timp de 8-12 săptămâni
VARENICLINĂ* (nivel de evidență A)	zilele 1-3: 0,5 mg în fiecare dimineață; zilele 4-7: 0,5 mg de două ori pe zi; ziua 8-final: 1 mg de două ori pe zi	Se va începe cu o săptămână înainte de data renunțării; Se folosește timp de 3-6 luni
TERAPII COMBINATE*: numai combinația de bupropion SR + emplastru nicotinic a fost aprobată de FDA pentru renunțarea la fumat (nivel de evidență A)		
EMPLASTRU NICOTINIC + BUPROPION*	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru medicamentele de mai sus	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru medicamentele de mai sus
EMPLASTRU NICOTINIC + INHALATOR*	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru

	medicamentele de mai sus	medicamentele de mai sus
EMPLASTRU NICOTINIC + TABLETE*	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru medicamentele de mai sus	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru medicamentele de mai sus
EMPLASTRU NICOTINIC + GUMĂ*	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru medicamentele de mai sus	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru medicamentele de mai sus
CITIZINA	Un comprimat conține 0.0015 g citizina	Primele 3 zile – câte 1 comprimat la fiecare 2 ore (6 comprimate pe zi). Pe parcursul acestor zile se așteaptă reducerea treptată a numărului de țigări fumate. Dacă rezultatul este satisfăcător, tratamentul continuă conform următoarei scheme: zilele 4-12 – câte 1 comprimat peste 2,5 ore (5 comprimate pe zi); zilele 13-16 – câte 1 comprimat peste 3 ore (4 comprimate pe zi); zilele 17-20 – câte 1 comprimat peste 5 ore (3 comprimate pe zi); zilele 20-25 – câte 1-2 comprimate pe zi.

*Nu este înregistrat în Republica Moldova

ANEXA 2. FORMULAR DE CONSULTARE LA MEDICUL DE FAMILIE (DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ)

FIȘA DE DETERMINARE A STATUSULUI FUMATULUI

DATE PERSONALE:

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

ANTECEDENTE MEDICALE:

STATUS FUMĂTOR:

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:

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

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

SUNTEȚI EXPUS LA FUMAT PASIV?

în familie ____

la serviciu ____

deloc ____

DORIȚI CONSILIERE PENTRU RENUNȚARE LA FUMAT?

da ____

nu ____

SCOR FAGERSTROM (vezi ANEXA 4):

FIȘA DE CONSULTAȚIE INIȚIALĂ PENTRU RENUNȚAREA LA FUMAT

DATE PERSONALE:

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

ANTECEDENTE FIZIOLOGICE:

Data ultimei menstruații:.....

Metoda contraceptivă.....

Sarcina.....Test sarcină (opțional).....

Alăptare.....

ANTECEDENTE PATOLOGICE:

BPOC Alcoholism

Astm Bulimie

Tuberculoză activă Anorexie nervoasă

Tuberculoză în antecedente Depresii

HTA Ulcer

Boală ischemică coronariană Diabet zaharat

Ischemie periferică Hipercolesterolemie

Aritmii Insuficiența hepatică severă

Accident vascular cerebral Tumora SNC
Convulsii în copilărie Traumatisme cranio-cerebrale
MEDICAȚIE CONCOMITENTĂ:
CONSUM DE CAFEA
CONSUM DE ALCOOL
ALTE ADDICȚII
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 Fagerstorm.....
Expunerea la fumat pasiv.....
MOTIVAȚIA RENUNȚĂRII LA FUMAT:
Boli curente.....
Teama de îmbolnăvire.....
Presiune din partea anturajului/familiei.....
Financiare.....
Altele.....
ANALIZA TENTATIVELOR ANTERIOARE DE RENUNȚARE:
De câte ori a renunțat.....Durata maximă a abinenței.....
Metodele folosite pentru renunțare.....
Intensitatea sindromului de sevraj.....
Surplus ponderal după sevraj.....Alte manifestări.....
Motivele reluării fumatului.....
EVALUAREA ȘANSELOR DE SUCCES
EVALUAREA PSIHOLOGICĂ
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:

ANEXA 3.

RECOMANDĂRI PENTRU IMPLEMENTAREA METODELOR DIAGNOSTICE ÎN CONDUITA PACIENȚILOR CU DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ

Recomandări generale

- Toți medicii trebuie să recomande renunțarea la produsele pe bază de tutun tuturor consumatorilor de tutun. Dovezile științifice indică faptul că sfaturile venite din partea unui medic sporesc semnificativ rata de abținere de la fumat (nivel de dovadă A)1.

- Eficacitatea unor sfaturi minimale este cea mai semnificativă atunci când durata intervenției medicului este de 3-5 minute, ea ducând la o rată ridicată de abținere de la fumat pe termen lung (nivel de dovadă A).

Sfaturile clare și concise privind renunțarea la fumat, oferite de un furnizor de servicii medicale, duc la o creștere considerabilă a ratelor de abținere de la fumat. O analiză a duratei timpului de contact între medic și pacient în acest scop indică faptul că o consiliere minimă oferită de diverși clinicieni sporește rata abținerei de la fumat pe termen lung. O consiliere minimală, concisă, are un impact substanțial asupra sănătății publice, datorită numărului mare de fumători care consultă un clinician în fiecare an. Sunt vizate toate cadrele medicale – mai precis, medicii generalişti, medicii de familie, doctorii de medicina muncii, medicii specialiști, chirurgii, asistentele medicale, moașele, medicii stomatologi. S-a dovedit, de pildă, că medicii stomatologi și tehnicienii dentari pot fi foarte eficienți în evaluarea și consilierea fumătorilor în încercarea acestora de a renunța la fumat.

Recomandări pentru medicii generalişti

- Toți medicii generalişti sau medicii de familie trebuie să îi sfătuiască în permanență pe pacienții fumători să renunțe la fumat și să le recomande acestora substituenți de nicotină sau alte medicamente. Este de preferat să fie consemnat comportamentul pacientului în istoricul său medical și, dacă este nevoie, pacientul să fie îndrumat la terapie și consiliere specializată (nivel de dovadă A).

- Medicii de familie și asistentele medicale trebuie să dețină abilități teoretice și practice pentru a fi capabili să ofere un nivel minim de consiliere pentru renunțare la fumat și, de asemenea, să îi asiste pe pacienți în încercarea lor de a renunța la fumat și să le recomande un tratament adecvat (nivelul de dovadă A).

- Fumătorii care nu pot renunța la fumat doar prin acțiune primară (voință proprie, consiliere medicală elementară) trebuie să primească tratament specializat, ca o a doua etapă. Această strategie nu este încă unanim aplicată în practica curentă, însă un program de consiliere în vederea renunțării la fumat trebuie să fie inițiat ca parte a unui tratament primar și trebuie să fie continuat prin intervenții secundare, într-un centru specializat (nivelul de dovadă C).

- O scurtă consiliere din partea medicului le oferă fumătorilor o motivație în favoarea renunțării, atunci când nu există alta și, în același timp, s-a dovedit că ea duce la o creștere a ratei de renunțare. Mulți fumători nu pot renunța la fumat în lipsa unui ajutor medical: este vorba, în principal, despre fumători înrăiți, care prezintă un risc mai mare de a dezvolta boli asociate fumatului și au cea mai mare nevoie de terapie calificată.

Anexa 4.

**TESTUL DE DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ FAGERSTROM
(varianta simplificată)**

- 1. Cât de repede după ce vă treziți fumați prima țigară?**
- sub 5 minute **3**
 - 6-30 minute **2**
 - 31- 60 minute **1**
 - peste 60 de minute **0**
- 2. Vi se pare dificil să vă abțineți de la fumat în locuri unde acesta este interzis (de ex. Biserică, cinematograful, tren, restaurant, etc)?**
- DA **1**
 - NU **0**
- 3. La care țigară v-ar fi cel mai greu să renunțați?**
- La prima țigară de dimineață **1**
 - La celelalte **0**
- 4. Câte țigări/ zi fumați?**
- mai puțin de 10 **0**
 - 11-20 **1**
 - 21-30 **2**
 - peste 30 **3**
- 5. Fumați mai frecvent în primele ore după trezire decât în restul zilei?**
- DA **1**
 - NU **0**
- 6. Fumați și dacă sunteți atât de bolnav încât sunteți imobilizat la pat în mare parte a zilei?**
- DA **1**
 - NU **0**

* Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J 1991; 69:763-765

* Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000

ANEXA 5. GHIDUL PACIENTULUI FUMATOR

De ce consumați tutun?

“Care este, așadar, explicația pentru care continuați să fumați, în ciuda atâtor eforturi de control al consumului de tutun, menite să combată morbiditatea și mortalitatea provocate de tutun?”

“Putem să presupunem că fumătorii nu au nici un pic de respect față de propria lor sănătate sau își imaginează că „efectul acesta dăunător nu mi se poate întâmpla tocmai mie”?

“Nu sunt capabili să înțeleagă efectele dăunătoare prezentate în materialele educaționale? Sau sunt alte aspecte care îi fac incapabili să renunțe la fumat, în ciuda faptului că sunt conștienți de pericole?”

“Poate fi vorba despre modificările complexe de natură fizică și psiho-comportamentală determinate de o substanță chimică conținută în tutun? Evident, aceasta este explicația.5,6.

Dependența de tutun

“Intensitatea dependenței de nicotină este foarte mare, mai mare sau similară dependenței de heroină sau cocaină; nicotina creează o dependență mult mai puternică decât alcoolul, canabisul sau LSD-ul și drogurile similare.

“Consumul cronic de tutun – sau, în termeni simpli, „fumatul“ – a fost definit de toate organismele medicale din domeniul psihiatric ca fiind o boală în sine, ce induce efecte de natură fizică și fiziologică asemenea unei boli cronice – mai exact, dependența de tutun sau dependența de nicotină.

“Cele mai multe țigări sunt aprinse nu din liberă alegere, ci din cauza dependenței de nicotină – un drog puternic adictiv, prezent în toate produsele pe bază de tutun.

“S-a dovedit că expunerea cronică la tutun provoacă o largă varietate de boli și decese, din cauza numeroaselor toxine și a compușilor carcinogenici prezenți în tutun.

“Producătorii de tutun folosesc multe strategii pentru a crește nivelul dependenței instalate prin consumul de produse din tutun: adăugarea de aditivi, arome, de noi caracteristici ale filtrului etc. Industria tutunului investește constant în crearea de noi piețe, pentru a atrage categoriile vulnerabile de clienți – de pildă, copiii și tinerii, care sunt cei mai expuși.

“Cea mai bună metodă de a contracara acțiunile industriei tutunului este de a le furniza oamenilor informațiile și metodele necesare, pe baza dovezilor științifice, pentru a face față acestei provocări.

Implicații individuale ale consumului de tutun

“Unul la fiecare doi consumatori de tutun va deceda prematur, ca urmare a unei boli asociate consumului de tutun.

“Consumul de tutun este singura și cea mai mare cauză de deces care poate fi prevenit.

“Peste jumătate din aceste decese apar la persoane cu vârste între 35-69 de ani.

“Numărul de decese cauzate de tutun înregistrate la nivelul întregii lumi, în fiecare zi, este echivalent cu numărul deceselor rezultate în urma prăbușirii a 50 de avioane de pasageri de mare capacitate.

“Consumul de tutun este responsabil de: 87% din decesele cauzate de cancerul pulmonar, 82% din cazurile de BPOC (boală pulmonară obstructivă cronică), 21% din cazurile de boală coronariană și 18% din cazurile de atac cerebral.

“S-a dovedit că datorită consumului de tutun, apar complicații în timpul sarcinii.

“Consumul de tutun face ca respirația, părul și hainele unei persoane să miroasă urât, face ca dinții, unghiile și pielea să se păteze și poate distruge sau arde hainele.

“Consumul de tutun scade performanțele sportive.

“Tutunul este o cauză majoră de incendii și decese accidentale.

“Consumul de tutun este o poartă deschisă către consumul altor droguri, iar dependența de tutun poate face ca o persoană să fie mai predispusă să încerce alte droguri periculoase.

Implicații pentru familie, prieteni sau colegi de serviciu ai consumatorilor de tutun8

- ``Vă expuneți familia, prietenii și colegii la fumul de tutun din mediul ambiant sau la fumatul pasiv.
- ``Fumatul pasiv crește riscul de cancer pulmonar cu 30%, rezultând 3.000 de cazuri suplimentare de cancer pulmonar pe an.
- ``Nou-născuții și copiii expuși cronic la fumatul pasiv prezintă un risc crescut de astm, alte boli respiratorii, malignități și alte probleme de sănătate. Aceste boli au drept rezultat creșterea numărului de spitalizări și absențe de la cursuri.
- ``Expunerea la fumul de tutun crește riscul de sindrom de moarte subită a sugarului și de copii cu greutate mică la naștere
- ``La adulții care nu consumă tutun dar sunt expuși la fumatul pasiv există o probabilitate mai mare de a dezvolta boli respiratorii și simptome care contribuie la absenteismul de la serviciu sau din alte activități.
- ``Partenerii de viață ai fumătorilor prezintă un risc mai mare de boli cardiace și de cancer pulmonar.

Beneficiile renunțării la consumul de tutun

1. Beneficii pe termen scurt

- După 20 de minute, presiunea arterială și rata pulsului revin la normal.
- După 8 ore, nivelurile de monoxid de carbon și oxigen din sânge revin la normal.
- După 24 de ore, monoxidul de carbon este eliminat din corp; plămânii încep să elimine mucusul și reziduurile rezultate din fumat; scad probabilitățile unui atac de cord.
După 48 de ore, în corp nu mai rămân urme de nicotină; terminațiile nervoase reîncep să crească, iar simțul mirosului și gustului se îmbunătățesc.

2. Beneficii pe termen lung

- Respirație îmbunătățită
- Mai multă energie fizică
- Un tonus mai bun al pielii
- Reducerea riscurilor de boli asociate consumului de tutun, precum:
 - cancer pulmonar
 - emfizemul
 - BPOC (boală pulmonară obstructivă cronică)
 - atac de cord/moarte subită
 - boală coronariană
 - ateroscleroză
 - atac cerebral
 - bronșită cronică
- Aer mai curat pentru familie și prieteni
- Un miros mai proaspăt în casă sau în mașină
- Economii financiare: cei care fumează un pachet pe zi cheltuiesc în medie 1.095 de dolari pe an

Pregătirea pentru a renunța

Cu cât sunteți mai bine pregătit să renunțați, cu atât mai mare este probabilitatea de succes⁸. Iată câteva sugestii:

- ``Decideți fără urmă de îndoială că doriți să renunțați.
- ``Faceți o listă de motive, inclusiv motive personale, efecte medicale, beneficii asupra sănătății, avantaje financiare și obligații față de ceilalți.
- ``Repetati-vă unul dintre aceste motive de câteva ori în fiecare dimineață.
- ``Începeți să vă antrenați fizic, printr-un program de exerciții simplu. Odihniți-vă bine și beți multe lichide.
- ``Stabiliți o dată-țintă pentru renunțare, în următoarele două săptămâni.

``Identificați eventualele obstacole în ceea ce privește renunțarea. Ce anume face ca acest proces să fie dificil? Ce situații vă fac să doriți să fumați? Ce puteți face pentru a schimba acest lucru?

``Faceți o listă de persoane care vă pot susține în intenția dumneavoastră de a renunța – familie, prieteni și colegi de serviciu. Discutați cu ei despre planurile dumneavoastră.

``Dacă vreuna dintre aceste persoane fumează, rugați-o să se abțină de la consumul de tutun în preajma dumneavoastră sau, și mai bine, rugați-o să vi se alăture.

``Faceți ordine în locurile unde obișnuiți să fumați, îndepărtând tot ce vă amintește de țigări – brichete, scrumiere sau chibrituri.

``Faceți curat în casă și în mașină; încercați pe cât posibil să îndepărtați mirosul de fum.

``Faceți o listă de activități, hobby-uri și interese pe care le puteți pune în practică, în așa fel încât să nu vă mai gândiți la fumat.

``Înarmați-vă cu informații privind simptomele de sevraj și metodele de a le face față cu succes.

``Fiți pregătit să treceți printr-o perioadă dificilă. Informați-vă cu privire la „sindromul de sevraj“.

``Sevrajul nicotinic constă în simptome cauzate de suprimarea bruscă a rezervei de nicotină. Sevrajul nicotinic se poate manifesta încă din primele 4-12 ore de la încetarea fumatului, prin simptome precum:

- nevoie acută/incontrolabilă de a fuma (poftă);
- iritabilitate;
- neliniște, furie, sentimente de anxietate;
- oboseală;
- apetit crescut, în special pentru dulciuri, creștere în greutate;
- dificultăți de concentrare / probleme de memorie;
- depresie;
- dureri de cap;
- insomnie;
- amețeli.

Terapii care ajută în renunțarea la fumat

``Cele două componente care și-au dovedit eficiența în tratarea dependenței de tutun sunt consilierea și terapia medicamentoasă.

``Terapia medicamentoasă este crucială și include o ofertă generoasă de medicamente, de la substituenții de nicotină folosiți sub diverse forme (gumă, emplastru, spray nazal, inhalator, tabletă sublinguală) la anti-depresive, antagoniști ai receptorilor nicotinici etc.

``Trebuie să-i cereți medicului dumneavoastră sau farmacistului să vă prescrie sau să vă recomande medicamente în vederea renunțării la fumat.

``Combinăția diverselor terapii medicamentoase poate fi folosită cu ajutorul specialiștilor din domeniul medical, durata terapiei poate fi extinsă, iar dozajele pot fi ajustate, în așa fel încât să fie evitate efectele secundare.

``Pliantele, posterele, broșurile, diferitele materiale educaționale și de auto-ajutorare, scrise sau din media, împreună cu instrumentele disponibile pe internet sau liniile telefonice dedicate se pot dovedi utile.

``Terapia cognitiv-comportamentală este o tehnică ce încearcă să schimbe modalitățile obișnuite de a gândi și a simți în ceea ce privește fumatul și propria persoană și oferă încurajări și sfaturi privind reducerea la minimum și gestionarea dorinței de a fuma.

``În mod optim, strategiile individuale de renunțare la fumat combină sfaturile (recomandarea de a renunța la fumat) cu tratamentul farmacologic (vareniclină, bupropion, TSN etc.) și cu terapia cognitiv-comportamentală (TCC).

EXEMPLE DE STRATEGII COMPORTAMENTALE / SFATURI PENTRU RENUNȚAREA LA FUMAT

- Învățați să refuzați prima țigară!
- Aruncați-vă trusa de fumător: brichetă, chibrituri, pachet de țigări;
- Schimbați-vă rutina zilnică!
- Evitați să consumați cafea, cola sau ceai;
- Când simțiți nevoia de a fuma, beți un pahar mare cu apă sau cu suc natural de fructe;
- Mâncați 3-5 mese pe zi;
- Mic dejun: sucuri naturale, produse lactate, posibil carne, ouă; atenție la țigara de neînlocuit lângă cafeaua de dimineață!
- Prânz și cină: de preferat fructe și legume crude, fructe și legume verzi;
- Înainte de a merge la culcare – un pahar de apă sau ceai;
- Trebuie să evitați: să mâncați între mese, să mâncați prea multe dulciuri; produsele de patiserie, bomboanele, ciocolata;
- Nu ezitați să consumați peste 2 litri de apă/zi;
- Exerciții fizice, plimbări în aer liber, învățați tehnici de relaxare;
- Începeți să practicați un nou sport;
- Evitați să intrați în contact cu fumători sau situații în care ați fi tentat să fumați;
- Economisiți banii pe care obișnuiați să-i cheltuiți pe țigări – cumpărați-vă un cadou, în schimb!

Anexa 6. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru renunțare la fumat

	Domeniul Prompt	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3.	Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
4.	Mediul de reședință	0=urban; 1=rural; 9=nu știu.
5.	Vârsta pacientului	
6.	Numele medicului curant	
EVIDENȚA DISPANSERICĂ		
7.	Data stabilirii diagnozei	Data (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscut = 9
8.	Data luării la evidența dispanserică	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau necunoscut = 9
9.	Anamneza	a fost efectuat: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
10.	Supravegherea pacientului	anual = 1; de două ori pe an = 2; necunoscut = 9
11.	DIAGNOSTICUL	
12.	Investigații paraclinice obligatorii	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
13.	Investigații paraclinice indicate de către specialist	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
14.	Complicații	nu = 0; da = 1
15.	ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR	
16.	Modul în care a fost diagnosticat pacientul	screening = 1; adresare directă = 2; de alți specialiști = 3
17.	Maladii concomitente	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
18.	TRATAMENTUL	
19.	Consilierea pacientului	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
20.	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP = 1; Secția consultativă = 2; Spital = 3; Instituție medicală privată = 4; nu se cunoaște = 5
21.	Când a fost inițiat tratamentul	Data (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută = 9; pacientul a refuzat tratamentul = 8
22.	Terapie medicamentoasă	Tratamentul de substituție = 1; citizina = 2
23.	Tratamentul maladiilor concomitente	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; nu știu = 9

BIBLIOGRAFIE

1. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette Smoking in the United States. <http://www.cdc.gov/tobacco>
2. World Health Organization. Why is tobacco a public health priority? A Tobacco Free Initiative; 2005. <http://www.who.int/tobacco>
3. Susumu S., Koichi N., et al. Optimal Cutoff Level of Breath Carbon Monoxide for Assessing Smoking Status in Patients With Asthma and COPD. *Chest* 2003; 124: 1749-1754.
4. Strasser AA, Lerman C, Sanborn PM, Pickworth WB, and Feldman EA. (2007). New nicotine cigarettes can produce compensatory smoking and increased carbon monoxide exposure. *Drug and Alcohol Dependence*, 86; 294-300.
5. West Robert, Walia Asha, Hyder Natasha, Shahab Lion, and Michie Susan Behavior change techniques used by the English Stop Smoking Services and their associations with short-term quit outcomes *Nicotine Tob Res* (2010) 12(7): 742-747 first published online May 17, 2010 doi:10.1093/ntr/ntq074.
6. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient: Smoking Cessation *European Respiratory Monograph*, 2008; 42: 44-50.
7. Mehmet Hakan Ozdener, Yee K., McDermott R., Cowart B, Vainius A., Dalton P., Rawson N, Assessment of smoking status based on cotinine levels in nasal lavage fluid, *Tob Induc Dis.* 2009; 5(1)
8. Societatea Română de Pneumologie: Ghid de renunțare la fumat și asistență de specialitate a fumatorului (GREFA): Editura Tehnopres, Iași, 2010, 88 pag.
9. Ghidul european pentru renunțare la fumat, ediție în limba română, 2013
10. Șalaru I. Ghid de terapie antitabac: consiliere și tratament. Chișinău, 2013. 105 p.
11. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Sample Design Manual, Version 2.0. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2010.
12. Programul național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.100 din 16 februarie 2012 „Cu privire la aprobarea Programului național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016”
13. <https://www.brit-thoracic.org.uk/guidelines-and-quality-standards/smoking-cessation-guidelines/>
14. Chicu V., Curocichin Gh., Friptuleac Gr. Promovarea sănătății (curs). Chișinău. CEP Medicina, 2006, 229 p.
15. Friptuleac Gr., Meșina V. Sănătatea și factorii ocupaționali. Chișinău, 2006. 132 p.