



**PROTOCOLO DE ACTUACIONES EN LA FINANCIACIÓN DEL  
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ABANDONO TABÁQUICO PARA  
PERSONAL FUNCIONARIO SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE  
CASTILLA LA MANCHA**

**ANEXO I**  
**MODELO DE FICHA DE SOLICITUD DE FÁRMACOS PARA DEJAR DE FUMAR**

**DATOS DEL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE EL TRATAMIENTO:**

- PROFESIÓN
- CENTRO DE TRABAJO

**DATOS DEL PACIENTE PARA EL QUE SE SOLICITA EL TRATAMIENTO:**

Paciente nuevo*	<input type="checkbox"/>
Ampliación de tratamiento	<input type="checkbox"/>

- EDAD
- SEXO
- FECHA DE COMIENZO DEL TRATAMIENTO
- PROFESIÓN Y CENTRO DE TRABAJO

**TRATAMIENTO SOLICITADO (Indicar el nº de cajas):**

Parches de nicotina de 30 cm <sup>2</sup> (cajas de 14 parches)	<input type="checkbox"/>
Parches de nicotina de 20 cm <sup>2</sup> (cajas de 14 parches)	<input type="checkbox"/>
Parches de nicotina de 10 cm <sup>2</sup> (cajas de 14 parches)	<input type="checkbox"/>
Hidrocloruro de bupropión 150 mg. (cajas de 60 comprimidos)	<input type="checkbox"/>
Chicles de nicotina 2 mg. (cajas de 24 chicles)	<input type="checkbox"/>

Fecha, firma y sello del profesional

---

\* - Marcar con una cruz lo que corresponda.