



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

**ANEXO II**

**MODELO DE FICHA DE DEVOLUCIÓN DE FÁRMACOS  
PARA DEJAR DE FUMAR**

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

- PROFESIÓN
- CENTRO DE TRABAJO

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

<b>Paciente nuevo*</b>	
<b>Ampliación de tratamiento</b>	

- EDAD
- SEXO
- FECHA DE COMIENZO DEL TRATAMIENTO
- PROFESIÓN Y CENTRO DE TRABAJO
- CAUSA DEL USO PARCIAL DE LOS FÁRMACOS Y DEVOLUCIÓN:
  - Abandono del tratamiento sin éxito del mismo.
  - (ALTA). Éxito del tratamiento antes de finalizar los fármacos prescritos.
  - OTRAS: (especificar)

**FÁRMACOS QUE SE DEVUELVEN (Indicar el nº de cajas):**

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

Fecha, firma y sello del profesional

\* - Marcar con una cruz lo que corresponda.